



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora na EMDIIP: atuação no âmbito da Intervenção Precoce e de Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Mariana Borges Fernandes

2018

“Aqueles que passam por nós,
não vão sós,
não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós.”

Saint-Exupéry

Agradecimentos

A realização deste relatório exigiu um trabalho intensivo, e extrema dedicação. Foi apenas possível devido ao apoio e colaboração de algumas pessoas. Quero desde já agradecer a colaboração e disponibilidade às seguintes pessoas:

À professora Teresa Brandão, pelo apoio, auxílio, compreensão e disponibilidade demonstrados ao longo destes meses, ajudando-me a ultrapassar todas as dificuldades, e colaborando para a consolidação e renovação dos meus conhecimentos.

À EMDIIP, mais particularmente à equipa terapêutica com quem mais trabalhei, ao André, ao Fábio e à Vanessa pelos ensinamentos, pela cooperação, pela confiança, pela partilha de estratégias e de conhecimento, que me ajudaram a crescer profissionalmente.

Aos meus “pequenotes” e às suas famílias, por aceitarem colaborar com este projeto, e por me terem confiado os seus bens mais preciosos.

Aos meus pais, pelo amor, preocupação e apoio que me deram, mesmo estando longe, e por possibilitarem que este sonho se tornasse realidade.

À minha família, e a quem não é da família, mas tem acarinhado e apoiado como tal, pelo amor, apoio e compreensão nos melhores momentos e nas dificuldades.

Aos meus amigos, por me darem força e motivação para ultrapassar as dificuldades, e por me fazerem sorrir diariamente.

Ao Gonçalo, pelo carinho demonstrado, por ter estado comigo ao longo de todo este processo e por me ter apoiado nos bons e maus momentos.

Aos sete, principalmente à Ariana, à Sara e à Rita, por testemunharem as minhas conquistas, por discutirem comigo os casos, por me ajudarem a levantar nas dificuldades, ajudando-me a manter sempre um sorriso na cara.

Índice Geral

Introdução	1
Enquadramento da Prática Profissional	3
1. Intervenção Precoce	3
2. Famílias Multirrisco ou Multidesafiadas e Intervenção	13
3. Intervenção Psicomotora	22
4. Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	27
5. Problemas de Comportamento	32
6. Enquadramento Institucional	35
Realização da Prática Profissional	43
1. Acompanhamento Terapêutico Individual	43
1.1. Estudo de caso C.	43
1.1.1. Caracterização do caso	43
1.1.2. Calendarização e organização da intervenção	45
1.1.3. Caracterização e pertinência dos Instrumentos	46
1.1.4. Avaliação Inicial	49
1.1.5. Plano de Intervenção	55
1.1.6. Avaliação Final	58
1.1.7. Reflexão/ Discussão de Resultados do caso C.	63
1.2. Estudo de caso V.	65
1.2.1. Caracterização do caso	65
1.2.2. Calendarização e organização da intervenção	68
1.2.3. Caracterização e pertinência dos Instrumentos	69
1.2.4. Avaliação Inicial	71
1.2.5. Plano de Intervenção	76
1.2.6. Avaliação Final	80
1.2.7. Reflexão/ Discussão de Resultados do caso V.	86
2. Acompanhamento de Casos de CAFAP	88
2.1. Caracterização de um dos casos acompanhados: Família A.	89
2.2. Descrição do processo de Intervenção	90
2.3. Conclusões sobre o Impacto da Intervenção e Reflexão	94
3. Atividades Complementares	95
Conclusão e Reflexão Pessoal	97
Bibliografia	100

Anexos.....	114
-------------	-----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Modalidades do CAFAP.....	40
Tabela 2 – Domínios do desenvolvimento presentes na <i>SGSII</i> e áreas que estes abrangem	47
Tabela 3 - Perfil das pontuações obtidas pela C. segundo o <i>PDMS-2</i> na avaliação inicial	53
Tabela 5 - Perfil intra-individual da C.	56
Tabela 6 - Objetivos a serem atingidos pela C.....	56
Tabela 7 – Comparação dos resultados da avaliação inicial da C. vs avaliação final, recorrendo à <i>PDMS-2</i>	61
Tabela 8 - Perfil intra-individual do V.	76
Tabela 9 - Objetivos a serem atingidos pelo V.	77
Tabela 10 - Lista das dificuldades sentidas pela família, os objetivos a atingir perante essas mesmas dificuldades, e as estratégias a adotar com vista a cumprir esses mesmos objetivos	77
Tabela 12 - Lista das dificuldades sentidas pela educadora, os objetivos a atingir perante essas mesmas dificuldades, e as estratégias a adotar com vista a cumprir esses mesmos objetivos.....	79

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma da Equipa Técnica da EMDIIP	39
Figura 2 - Perfil de desenvolvimento da C. tendo em conta a avaliação realizada pela <i>SGSII</i>	50
Figura 3 - Resultados da avaliação da C. recorrendo à <i>PDMS-2</i>	52
Figura 4- Comparação dos perfis de desenvolvimento inicial vs final da C. tendo em conta a avaliação realizada pela <i>SGSII</i>	58
Figura 5 - Perfil das pontuações obtidas pela C. segundo o <i>PDMS-2</i> na avaliação inicial vs avaliação final.....	60
Figura 6 - Perfil de desenvolvimento do V. tendo em conta a avaliação realizada pela <i>SGSII</i>	71
Figura 7 - Comparação dos perfis de desenvolvimento inicial vs final do V. tendo em conta a avaliação realizada pela <i>SGSII</i>	81

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Escala A – Competências Sociais	73
Gráfico 2- Escala B - Comportamento Problema	74
Gráfico 3- Comportamento Problema	75
Gráfico 4- Escala A – Competências Sociais, comparando a avaliação inicial da escola e dos pais, com a avaliação final dos mesmos.	82
Gráfico 5- Escala B - Comportamento Problema, comparando a avaliação inicial segundo o ponto de vista da escola e dos pais, com a avaliação final realizada pelos mesmos.	83
Gráfico 6- Comportamento Problema, comparando a avaliação inicial segundo o ponto de vista da escola e dos pais, com a avaliação final realizada pelos mesmos.	84

Índice de abreviaturas

ADPM – Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor
APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental
CLIP – sigla que identifica a Equipa de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce da EMDIIP
EHSNR – Early Head Start National Resource Center
EMAT – Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais
EMDIIP – Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce
EP – Educação Parental
FMH – Faculdade de Motricidade Humana
IP – Intervenção Precoce
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
NEE – Necessidades Educativas Especiais
NRMRP – Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora
NP – Negligência Parental
ONU – Organização das Nações Unidas
PAI – Plano de Apoio Individual
PC – Problemas de Comportamento
PCD – Perturbação de Conduta
PDMS-2 - *Peabody Developmental Motor Scales*
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PIAF – Plano Integrado de Apoio Familiar
PKBS – *Preschool and Kindergarten Behavior Scales*
POD – Perturbação de Oposição e Desafio
PP - Promoção e Proteção
SGSII – *Schedule of Growing Skills 2*
VD – Visita Domiciliar
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

Resumo

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais no mestrado em Reabilitação Psicomotora tem como objetivo a apresentação do trabalho de Intervenção Psicomotora no âmbito da Intervenção Precoce, bem como dos Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental. Numa primeira fase são descritas as bases teóricas que sustentam uma segunda parte, na qual é sintetizada a intervenção realizada na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce, apresentando dois casos individuais de crianças seguidas no âmbito da Reabilitação Psicomotora, e uma família com menores em situação de perigo, acompanhada no âmbito de Formação e Aconselhamento Parental. Por fim, será apresentado um projeto de investigação, realizado no decorrer do estágio, com o objetivo de analisar as competências pré-escolares de crianças com 5 anos, comparando esses resultados com os dados recolhidos no ano letivo anterior com outras crianças, realizando o estudo comparativo entre 2017 e 2018.

Palavras chave: EMDIIP; Intervenção Precoce; Intervenção Psicomotora; CAFAP; Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor; Problemas de Comportamento; Competências Pré-escolares.

Abstract

The presente report, developed for the Curricular Unit Ramo de Aprofundamento de Competências in the Master degree in Psychomotor Rehabilitation aims to understand the contributions of Psychomotor Intervention in the scope of Early Intervention, as well as the Family Support Centers and Parental Counseling. In a first phase the theoretical bases that support a second part are described, in which the intervention carried out in the Mobile Team for Early Childhood Development and Intervention is summarized, presenting two individual cases of children followed in the field of Psychomotor Rehabilitation, and a family with children under in the context of Parental Training and Counseling. Finally, a research project will be presented, which was carried out during the internship, with the objective of analyzing the preschool skills of 5-year-old children, comparing these results with the data collected in the previous school year, by carrying out the comparative study between 2017 and 2018.

Keywords: EMDIIP; Early Intervention; Psychomotor Intervention; CAFAP; Global Development Delay; Behavioral Problems; Preschool Skills.

Introdução

O presente relatório de estágio profissionalizante encontra-se inserido no âmbito da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade Técnica de Lisboa, sendo os orientadores a Dr^a. Maria Teresa Brandão (orientadora na FMH) e o Dr. André Rica (orientador local).

Tendo por base as Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora (NRMRP, 2016), o estágio curricularé de cariz anual e duração de 1500 horas, tendo como principais objetivos:

- Aquisição de conhecimentos da área da Reabilitação Psicomotora, quer no âmbito científico quer metodológico, aumentando assim a competência de reflexão multidisciplinar do estagiário;
- Potenciar a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas psicomotores em diversos contextos e domínios de intervenção;
- Aumentar a capacidade de o estagiário inovar através da implementação de novas práticas e conhecimentos na área, assim como pela exposição de novas visões profissionais e políticas;
- Desenvolver no estagiário um espírito científico crítico, permitindo a sua integração em projetos de investigação desenvolvidos por equipas multidisciplinares ou centros de investigação.

Assim, é suposto que o mestrando coloque em prática os seus conhecimentos, numa relação entre a teoria e a prática.

Neste sentido, o estágio decorreu na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP), entre outubro de 2017 e junho de 2018, integrando a Equipa Móvel de Apoio à Criança (Clip) onde foram acompanhados vários casos individuais, dos quais resultaram dois estudos de caso individuais descritos neste relatório, e algumas famílias no Âmbito do Centro de Apoio Familiar e Acompanhamento parental (CAFAP), sendo também apresentada uma dessas família neste relatório.

O documento encontra-se dividido em três partes, sendo a primeira relativa ao enquadramento teórico, onde será apresentada uma revisão da literatura fundamental

no âmbito do estágio, uma breve descrição e caracterização da instituição, e será apresentada a estrutura, organização e objetivos da mesma, assim como a relação da instituição com outros contextos de intervenção e comunitários.

A segunda parte é constituída pela Realização Profissional, na qual é exposta a calendarização, e as áreas e contextos nas quais esta decorreu, os processos de intervenção, os métodos de avaliação, sendo também apresentados os estudos de caso e de família e ainda as atividades complementares.

Na terceira parte é apresentada uma conclusão reflexiva do processo do estágio, assim como uma reflexão da importância do estágio a nível pessoal e profissional.

Enquadramento da Prática Profissional

Seguidamente, será apresentada a informação teórica e institucional que fundamenta a prática profissional deste estágio curricular. Deste modo, numa primeira fase será aprofundada teoricamente a Intervenção Precoce (IP), fornecendo uma abordagem geral dos conceitos, princípios e importância desta área em Portugal. De seguida, será apresentada uma breve abordagem às famílias multirrisco ou multideseafiadas e à importância da parentalidade e da educação parental (EP), assim como à negligência parental (NP). Será também abordada a intervenção psicomotora, e a sua pertinência no âmbito da IP. Ainda neste capítulo serão apresentadas as problemáticas que servem de base para a compreensão dos casos analisados neste relatório. Por fim, será apresentada a instituição na qual decorreu o estágio curricular.

1. Intervenção Precoce

1.1. Definição e percurso Internacional

Os primeiros programas de IP surgiram nos Estados Unidos da América, nos anos 60, destinando-se a crianças em situação de desvantagem social, e posteriormente abrangendo crianças com deficiência (Carvalho et al., 2016), centrando-se apenas nas crianças, promovendo o não agravamento das problemáticas, assim como nos casos possíveis a eliminação ou diminuição das dificuldades (Bairrão e Almeida, 2003). Esta fase é considerada a “primeira geração dos programas de IP” (Carvalho et al., 2016).

O atual conceito de IP, fundamenta-se na combinação entre vários modelos conceituais relativos ao desenvolvimento infantil e a investigação que tem vindo progressivamente a apontar direções, no sentido das práticas atualmente recomendadas. É de salientar, entre outros, dois autores: Bronfenbrenner e Sameroff, que desenvolveram os designados modelos contextualistas (Teghetoff, 2007) que muito têm influenciado a mudança de paradigma das práticas de IP (Carvalho et al., 2016).

Bronfenbrenner (1979) começou por desenvolver o modelo ecológico do desenvolvimento, que evoluiu posteriormente para o modelo bioecológico (Bronfenbrenner e Morris, 2007). De acordo com o modelo ecológico, o desenvolvimento da criança não é influenciado exclusivamente pelas interações estabelecidas com os cuidadores, mas também com os restantes contextos nos quais se insere e com os quais se relaciona direta ou indiretamente. O autor defende que os

diversos contextos são organizados de forma hierárquica, mas relacionando-se entre si (Bronfenbrenner, 1979). Mais tarde Bronfenbrenner e Morris (2007) modificaram este modelo, que passou a designar-se modelo bioecológico, no qual também as características psicológicas, biológicas e o comportamento do indivíduo são consideradas importantes para o desenvolvimento, considerando que no centro do processo se encontram as interações estabelecidas com os elementos que o rodeiam. Nesta nova abordagem salienta-se que o sujeito não só é influenciado pelo contexto, como ele próprio contribui para a modificação dos contextos nos quais se insere (Bronfenbrenner e Morris, 2007).

Também Sameroff é um autor com forte influência na mudança do paradigma da IP, uma vez que desenvolveu o modelo transacional, no qual é dada tanta importância à influência do meio no desenvolvimento da criança, como o inverso, sendo as características individuais preponderantes para as experiências vividas (Sameroff e Mackenzie, 2003).

Posteriormente, Sameroff (2010) propõe a evolução deste modelo para um Sistema biopsicossocial ecológico, no qual os processos biológicos (Biologia, Neuroendocrinologia, Proteómica, Epigenética e Neuropsicologia) interagem entre si, mas também com os processos psicológicos (Psicologia, Saúde Mental, Competências Sociais, Inteligência e Comunicação), e com o contexto social no qual o indivíduo se insere, incluindo a família, escola, pares, comunidade, e geopolítica no geral. Todos estes sistemas interagem entre si de forma mútua, constituindo assim o Sistema biopsicossocial ecológico.

Dunst, com a sua teorização acerca do apoio social, provou a importância das redes de apoio social no desenvolvimento infantil, na redução do stress e no aumento das competências e sentimento de competência parental (Dunst, Trivette e Deal, 1988).

Tendo como base a influência de todas estas perspetivas, é possível constatar uma evidente evolução de uma abordagem que se focava nas dificuldades da criança com deficiência, não dando importância aos fatores contextuais, passando para uma abordagem centrada na intervenção junto da família e da comunidade, sendo designados como a segunda geração de programas de IP (Carvalho et al., 2016). Em 1990 chegamos à denominada “terceira geração de programas IP”, passando, a intervenção, a ser focada na família, e considerando-se fundamental fornecer à criança oportunidades de aprendizagem, apoiar os pais nas suas competências parentais e dar

enfoque aos recursos familiares e da comunidade onde a família se insere (Carvalho et al., 2016).

Assim, e no que toca às definições, no início, a IP designava-se como Estimulação Precoce, e o enfoque consistia em desenvolver as competências motoras e sensoriais da criança (Hanson e Lynch, 1995).

Dunst (1985) definiu a IP como um apoio que deve ser prestado por membros de redes sociais e suporte formal e informal, que se dirige às famílias de crianças em idades precoces, devendo ter impacto direto e indireto no funcionamento da família, dos pais e da criança.

Correia e Serrano (1998) defendem que a IP consiste no conjunto de intervenções que se dirigem a crianças até aos 6 anos de idade, que possuam ou estejam em risco de apresentar problemas de desenvolvimento, assim como às suas famílias, intervindo o mais precocemente possível nas necessidades apresentadas, sejam estas permanentes ou transitórias.

Dunst e Bruder (2002) consideram que a IP é uma prática que engloba apoios e serviços que visam combater as dificuldades das crianças, sendo que neste processo a família é incluída com o intuito de incentivar a sua participação no desenvolvimento global e progresso da criança.

Em 2010, Dunst, Raab, Trivette e Swanson definiram a IP como as experiências e oportunidades que são proporcionadas pelos pais e por cuidadores a bebés e crianças até à idade pré-escolar, no contexto onde se desenvolve a aprendizagem natural da vida da criança, onde são promovidas competências comportamentais, que moldam e influenciam as interações das crianças com pessoas e materiais (Dunst, Raab, Trivette e Swanson, 2010).

O principal objetivo da IP é a promoção de competências e de confiança dos adultos que são significativos para a criança, não como mecanismo de prestação de serviços, mas sim numa lógica de prestação de apoio (Carvalho et al., 2016), visando que a família, os profissionais e a comunidade proporcionem relações, experiências e apoio a crianças que deles necessitem, nomeadamente para o desenvolvimento das suas competências funcionais, permitindo assim a sua participação ativa nesses ambientes (Moore, 2012).

Deste modo, a intervenção deve ocorrer o mais cedo possível, uma vez que

quanto mais precocemente se atuar, melhores serão os resultados verificados a nível do desenvolvimento da criança (Coutinho, 2000; Decreto-lei nº 281/2009; Franco e Apolónio, 2008; Shonkoff e Phillips, 2000; Carvalho et al., 2016).

Segundo Franco e Apolónio (2008), a IP é sustentada por 3 fundamentos desenvolvimentais e psicológicos:

- Neurociências, nomeadamente a plasticidade cerebral: face ao que afeta ou ameaça o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, o cérebro tem a capacidade de ser maleável, e o sistema nervoso central tem a capacidade de maturação rápida, o que contribui para que a IP atue em tempo oportuno (Franco e Apolónio, 2008; Nelson, 2000).
- Desenvolvimento infantil: focando a preponderância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento da criança, nomeadamente a relação mãe-bebe e as potenciais capacidades das crianças em idades precoces, dando também especial importância do estabelecimento de vínculos e relações destas crianças (Franco e Apolónio, 2008; Sameroff e Fiese, 2000).
- Perspetivas ecológicas e sistémicas: segundo as quais o desenvolvimento das crianças é influenciado por fatores do meio, do ambiente e dos contextos do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979; Franco e Apolónio, 2008).

As crianças apoiadas pela IP incluem-se em três tipos de risco: risco estabelecido, risco ambiental e risco biológico (Bruder, 2010). O risco estabelecido refere-se a crianças que têm o seu desenvolvimento comprometido devido a problemas médicos com etiologia identificada, e com perspetivas de desenvolvimento consideravelmente bem conhecidas. O risco biológico surge em crianças expostas a fatores biológicos pré, peri e pós-natais, suscetíveis de afetar o sistema nervoso central, podendo aumentar a probabilidade de alterações do desenvolvimento. Por sua vez, as crianças que estejam em risco ambiental, embora sejam biologicamente saudáveis, podem ter experiências precoces limitadas, nomeadamente no que se refere aos cuidados de saúde, oportunidades de expressar comportamentos adaptativos e limitações na estimulação física e social, que acabam por comprometer o seu desenvolvimento, assim como o funcionamento da sua família (Bruder, 2010).

A IP encontra-se assente em três princípios fundamentais que devem ser tidos em conta pelos profissionais, e obedecidos durante a prática (Franco, 2007):

- Princípio da globalidade – pois é uma medida de apoio integrado, vendo a criança na sua totalidade. O desenvolvimento é considerado de forma global e verifica-se organização dos serviços prestados (saúde, educação e proteção social);
- Princípio da contextualidade – centrando-se na criança e na família, não cuida da criança no geral, mas sim de cada criança em concreto, com determinada família, e com um certo contexto;
- Princípio da oportunidade - pode atuar de forma preventiva e habilitativa, atuando o mais precocemente possível, mesmo antes do problema surgir, ou assim que este for identificado, através da deteção precoce.

Tendo em conta tudo o que fora anteriormente descrito, é possível compreender a importância da família em todo o processo de IP, assim como dos contextos que rodeiam a criança, e que vão influenciar direta e indiretamente o seu desenvolvimento. O próximo tema aborda precisamente o modelo de IP centrada na família, assim como a importância dos contextos naturais para o desenvolvimento da criança.

1.2. Intervenção Centrada na Família e nos Contextos Naturais

Diversos autores defendem que a IP centrada na família é um facilitador do desenvolvimento da criança, uma vez que todos os membros da família influenciam de forma direta ou indireta o desenvolvimento da criança, pelo que se a intervenção considerar toda essa dinâmica familiar, os benefícios serão mais evidentes e de maior importância (Almeida, 2012; Simões, 2003).

A ideia de práticas centradas na família surgiu com o objetivo de enfatizar os sistemas sociais e as variáveis contextuais no fortalecimento da família (Dunst, 2000). O mesmo autor aborda o modelo de IP de “terceira geração”, salientando que este engloba os princípios das práticas centradas na família, proporcionando oportunidades de aprendizagem às crianças, tanto no domínio familiar, como a nível da comunidade e dos habituais espaços de aprendizagem. Este modelo foca também o apoio direcionado aos pais, procurando promover as suas competências, assim como fornecer-lhes conhecimentos e aconselhamento, que ajudarão na relação com as crianças, na confiança e sentimento de autoeficácia dos mesmos, promovendo assim as competências parentais (Dunst, 2000). Outro dos parâmetros fulcrais deste modelo dos programas de 3ª geração, diz respeito aos recursos da família e da comunidade, que se devem encontrar disponíveis para garantir que os pais tenham ao seu dispor os recursos

necessários para prestar os cuidados adequados à criança, os quais englobam não apenas o apoio social informal (amigos, vizinhos, etc), mas também o formal (serviços, profissionais) (Dunst, 2000).

A Intervenção centrada na família pode então ser definida como um conjunto de práticas nas quais a família se encontra no centro do processo, e através da qual as forças e capacidades da família são promovidas, sendo as famílias apoiadas a partir dos seus pontos fortes, para conseguir promover os menos fortes (Trivette e Dunst, 2005). Como tal, a intervenção centrada na família tem como objetivos maximizar as forças da família, dar valor às suas escolhas, opiniões e decisões, desenvolvendo uma intervenção individualizada, baseada na relação estabelecida entre os profissionais e a família (Dunst, Trivette e Deal, 1994).

A intervenção centrada na família baseia-se nos modelos bioecológicos e sistémicos, nos quais os contextos e os acontecimentos se influenciam mutuamente, levando a mudanças na criança, nos pais e consequentemente na relação e funcionamento familiar sempre que se verifique qualquer alteração em qualquer dos contextos envolventes (Dunst, 2000).

A família é o primeiro e principal contexto social da criança, sendo uma referência para a mesma. Os acontecimentos e estrutura familiar influenciam direta ou indiretamente a criança, assim como esta influencia a dinâmica familiar (Simões, 2003).

Associado a estes novos modelos de intervenção centrada na família, surge o conceito de “*Empowerment*”, mudando a forma como são vistas as famílias com crianças com deficiência, que passam a ser consideradas como sistemas com várias capacidades e competências, passando as pessoas a conhecer mais as suas crianças, e a ter uma visão mais positiva a seu respeito (Coutinho, 2000).

Uma das mudanças mais importantes que observamos na IP nos últimos anos, relaciona-se com o enfoque nos ambientes naturais da criança (Tegethof, 2007).

O conceito de ambientes naturais pode ser definido como os locais que são normalmente frequentados por crianças da mesma faixa etária sem necessidades educativas especiais, incluindo nesse conjunto o domicílio e outros locais integrantes da comunidade, nos quais será promovido o desenvolvimento das crianças (Tegethof, 2007). Segundo Bricker em 2001, é mais importante aquilo que se passa no contexto do que o contexto propriamente dito, ou seja, são mais importantes as atividades

realizadas do que o espaço onde se realizam (Bricker, 2001).

Assim é prática recomendada que a intervenção ocorra, sempre que possível, nos ambientes naturais. No entanto, em determinadas famílias, podem verificar-se exceções, uma vez que devido à especificidade da problemática, tal pode não ser benéfico, devendo o local de intervenção ser escolhido de acordo com as necessidades e valores familiares, assim como os objetivos e prioridades da família, promovendo sempre a aprendizagem e o desenvolvimento da criança (Tisot e Thurman, 2002).

Assim, todos os contextos naturais da criança, podem ser considerados adequados para a realização da intervenção, dependendo da opinião da família, podendo esta ocorrer no infantário, no próprio domicílio, no centro de saúde, ou em qualquer outro local da comunidade, mantendo sempre em foco a manutenção e importância das rotinas da criança (Dunst et al., 2010).

A promoção das visitas domiciliárias (VD's) constitui uma das recomendações na IP na atualidade, sendo abordadas de seguida.

1.2.1. Visitas Domiciliárias

As VD's podem ser consideradas um serviço que permite fornecer à família informação, apoio e bases orientadoras, que contribuirão para o desenvolvimento da criança, e consequentemente da família, sem que esta se desloque da sua própria casa (Early Head Start National Resource Center [EHSNRC], 2004). Klass (2008) define Visita Domiciliária (VD) como uma relação entre os pais e o Técnico visitante, sendo esta relação afetada pela personalidade, atitudes e valores de ambas as partes. É suposto que nesta relação esteja presente a ajuda e colaboração mútua, sendo uma relação dinâmica que depende de vários fatores como a natureza da família, as características pessoais dos intervenientes e da dinâmica associada ao envolvimento (Klass, 2008). O mesmo autor acrescenta que é fundamental que o Técnico seja sensível às necessidades da família, respeite a cultura, os hábitos, regras, crenças, horários, entre outras características que variam de família para família, devendo o Técnico ter em conta que cada família é única.

Segundo McWilliam (2010), as VD's encontram-se baseadas em três componentes fulcrais que o Técnico deve ser capaz de dar resposta: a) Apoio emocional, sendo que o Técnico deve mostrar empatia, positivismo e responsividade face à criança e à família, ouvindo as dúvidas e dificuldades, e auxiliando

apropriadamente a família, proporcionando a confiança e atitude positiva entre o Técnico, a família e a criança; b) Apoio material, nomeadamente em relação aos recursos necessários para alcançar os objetivos traçados, o qual inclui equipamentos e bens (e.g. alimentação, habitação, produtos) e suporte financeiro (e.g. subsídios); e c) Apoio informativo, que diz respeito à informação fornecida à família, que ajude a colmatar as suas dificuldades e que habitualmente se foca em quatro categorias (informação relativa aos desenvolvimento da criança, às dificuldades da criança, aos serviços e recursos para si e para a criança, e informação prática incluindo estratégias e dicas).

São diferenciados dois tipos de VD: visitas nas quais os Técnicos levam ao domicílio o serviço clínico de intervenção, levando assim o material até à família; e visitas que se baseiam nas rotinas familiares, fornecendo apoio requerido e especificado pelas famílias, sendo esta vertente fundamental para o modelo de intervenção centrado na família, uma vez que se trabalham atividades diárias e rotineiras da família e da criança, no seu contexto natural (Dunst, 2006; Dunst, Hamby, Trivette, Raab e Bruder, 2002).

Klass (2008) considera que o foco das VD's é a relação estabelecida entre o Técnico e os pais, pois a partir dessa relação o Técnico é capaz ajudar os pais a desenvolver as suas capacidades parentais, e consequentemente, a estabelecer uma melhor relação com os filhos.

Todas as VD's ocorrem de forma diferente, pois todas as famílias são diferentes, e todos os dias a condição de cada família é alterada, assim como a disponibilidade, cansaço e empatia do Técnico varia de acordo com cada família, e com o dia em que ocorre a visita (EHSNRC, 2004). Embora toda esta variabilidade, são apontados, segundo a mesma fonte, três princípios orientadores e estruturantes das VD's:

- O objetivo principal é sempre fornecer apoio ao desenvolvimento da criança, sendo essencial identificar, junto da família, os objetivos pretendidos. O terapeuta tem a função de ajudar a concretizar esses mesmos objetivos, promovendo o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, deixando claro o papel de cada elemento da família nesse processo, assim como os materiais necessários;
- Reconhecer que são os pais os principais professores e educadores dos filhos, sendo que o terapeuta terá a função de os auxiliar nessas tarefas;
- Utilizar o ambiente familiar da família para proporcionar aprendizagem, podendo

essa ocorrer nas próprias rotinas diárias.

Na VD é permitido, aos Técnicos utilizar os pais como meio intermediário de estabelecer relação com a criança, sendo que neste processo, também os pais são apoiados pelos Técnicos (EHSNRC, 2004).

Nestes casos, é no ambiente natural da criança que se promove a aprendizagem, muitas vezes de forma espontânea, sendo a criança estimulada pelos pais nas próprias rotinas diárias, quando existe uma interação responsiva e sensível. Assim, o Técnico deve contribuir para que os pais identifiquem em tarefas e objetos simples da rotina diária, a sua utilidade para a promoção das aprendizagens da criança. (EHSNRC, 2004).

Neste trabalho conjunto, é essencial que se verifiquem os seguintes elementos (Klass, 2008): Expectativas, uma vez que o Técnico deve discutir com os pais as suas expectativas assim como as expectativas dos pais; objetivos a alcançar, onde o Técnico descreve aos pais aquilo que pretende alcançar e realizar com as VD's; Funções, onde fica clarificado qual a função dos pais e do Técnico no processo; e Confiança, uma vez que quer os pais quer o Técnico devem sentir-se confortáveis com o facto de a intervenção decorrer na própria casa da família, sendo fundamental que exista uma relação de confiança.

Todos estes modelos de intervenção apresentados até ao momento são considerados fulcrais para a IP na atualidade quer a nível internacional, como a nível nacional. No tópico que se segue, será abordada a evolução da IP em Portugal.

1.3. Intervenção Precoce em Portugal

Em Portugal, os primeiros passos da IP formam dados com a criação e evolução dos conceitos de educação pré-escolar e creche, assim como de educação especial, sendo apenas considerada IP propriamente dita em meados de 1986, em Lisboa, pela Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, com o Modelo Portage, que é um modelo organizativo que fornecia aos Técnicos e aos pais um suporte considerado consistente. Este modelo é destinado a crianças em idades precoces que tenham necessidades educativas especiais, sendo considerado inovador uma vez que possui também uma vertente domiciliária, na qual os pais são diretamente envolvidos no programa educativo em que os seus filhos estão inseridos. Este modelo encontra-se organizado num esquema

piramidal, no qual era salvaguardado o acompanhamento e supervisão dos profissionais que com a criança interagem (Tegethof, 2007).

Surgiu posteriormente o Projeto Águeda, um projeto mais abrangente de cariz comunitário, onde para além de se realizar a intervenção junto das crianças com necessidades especiais e respetivas famílias, decorria também um trabalho de prevenção (Bairrão e Almeida, 2002).

Em 1989, desenvolveu-se o Projeto Integrado de IP de Coimbra, que se destinava a crianças entre os 0 e os 3 anos com problemas de desenvolvimento ou que estivessem em situação de risco, assim como às suas famílias, apoiando-as em serviços de saúde, educação e segurança social (Boavida e Carvalho, 1993), passando posteriormente também a desempenhar um papel preponderante a nível das ações de formação para Técnicos.

Em 1998, com o auxílio do projeto de Coimbra, surgiu a Associação Nacional de IP (Tegethof, 2007).

A 19 de Outubro de 1999, ao abrigo do Despacho Conjunto nº 891/99 publicado em Diário de Republica, foi criado um sistema que definiu as orientações que deveriam regular a IP em crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento, assim como as suas famílias (Despacho Conjunto nº 891/99). Face à distribuição de serviços não uniforme a nível nacional das sugestões apresentadas no despacho nº891/99, no dia 6 de outubro de 2009, foi publicado o Decreto-lei nº281/2009, no qual foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

O SNIPI veio dar especial importância à IP na integração e bem-estar das crianças e respetivas famílias, fornecendo uma resposta mais adequada e uniforme a nível nacional. Este sistema é destinado a crianças até aos 6 anos de idade, que possuam alterações nas funções ou estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento, que influenciem a participação das crianças em atividades que seriam esperadas para a sua faixa etária, destinando-se também às famílias destas crianças (Decreto-lei nº 281/2009).

Considera-se “alterações nas funções e estruturas do corpo” qualquer alteração que limite o desenvolvimento normal da criança, tendo em conta a sua faixa etária e o seu contexto, e “risco grave de atraso de desenvolvimento” refere-se a condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais que levam ao aumento da probabilidade de se

verificar um atraso global a nível do desenvolvimento da criança (Decreto-lei nº 281/2009).

No âmbito de atuação do SNIPI, encontram-se articulados os Serviços de Saúde, de Segurança Social e de Educação, fornecendo apoio às famílias nas diversas áreas abrangidas. Os principais objetivos do SNIPI são (Decreto-lei nº 281/2009):

- Garantir que os direitos das crianças são protegidos recorrendo ao acompanhamento em IP na Infância em todo o país;
- Identificar e sinalizar todas as crianças que necessitem, intervindo de acordo com as necessidades da criança e da família;
- Intervir de acordo com o contexto e necessidades da criança e da família, reduzindo ou prevenindo o risco de atraso do desenvolvimento;
- Dar apoio às famílias, nomeadamente no acesso aos recursos e serviços dos sistemas que dispões (segurança social, saúde e educação);
- Incluir a comunidade no processo.

O SNIPI encontra-se organizado em 3 níveis, sendo eles o nível Nacional, o Regional e o Local (Decreto-lei nº 281/2009). É neste último que se realiza o contacto mais direto com as famílias, através de Equipas Locais de Intervenção (ELI), que atuam no contexto natural das crianças, com o objetivo de facilitar os cuidados de saúde primários, localizando-se maioritariamente em centros de saúde. Estas equipas são constituídas por profissionais de diferentes áreas, incluindo médicos, enfermeiros, educadores, assistentes sociais, psicólogos, e terapeutas, visando o desenvolvimento adequado das crianças. Estas equipas atuam em três níveis: nos serviços de Saúde, de Educação e da Segurança Social do país (Carvalho et al., 2016).

No próximo tópico serão abordadas problemáticas que caracterizam algumas das famílias que usufruem dos serviços de IP.

2. Famílias Multiriscos ou Multidesafiadas e Intervenção

O conceito de família é associado ao espaço onde os afetos se desenvolvem e se vivenciam. É no seio familiar que se estabelecem relações entre os membros da família, onde a confiança promove o bem-estar e cuidado de todos os membros que a constituem (Fragoso, 2017).

Dias (2011) define família como um conjunto de pessoas que criam uma unidade social, na qual se estabelecem relações entre os membros pertencentes à família, e entre estes e o meio envolvente. A família pode ser considerada um sistema dinâmico, sendo que dentro deste sistema, existem outros subsistemas que se relacionam entre si, desempenhando funções importantes, nomeadamente a função de proteção, de afeto, educação e socialização (Dias, 2011).

Tegethof (2007) define família como um conjunto de elementos que têm um projeto de vida em comum, onde os seus membros se interrelacionam entre si de forma dinâmica, sofrendo influência do sistema social envolvente.

Embora o que foi descrito anteriormente seja o desejável, nem sempre o funcionamento da família ocorre de forma adequada, surgindo a necessidade de definir famílias multirrisco ou multidesafiadas. Estas famílias não encontram ferramentas suficientes para ultrapassar as dificuldades que surgem na sociedade e cultura onde o consumo e o hedonismo dominam, aumentando a probabilidade de estar em risco ou perigo, nomeadamente pela privação sociocultural e marginalização (Gómez, Muñoz e Haz, 2007).

Estas famílias tendem a viver crises recorrentes, ser desorganizadas, abandonar as funções parentais e isolar-se socialmente (Gómez, Muñoz e Haz, 2007). Estes fatores influenciam o funcionamento da família, e consequentemente o desenvolvimento das crianças, sendo importante compreender a problemática, e intervir de forma adequada junto da família, promovendo sempre o bem-estar familiar e particularmente da criança. Para além destes fatores de risco, é de referir a desarmonia familiar, os problemas conjugais entre o casal, a parentalidade na adolescência, carência económica da família, situações de desemprego, baixas condições habitacionais, cuidados de saúde precários, entre muitos outros fatores que dependem de família para família, e afetam negativamente o seu funcionamento (Tegethof, 2007).

É fundamental que estas famílias alterem o seu modo de funcionamento, promovendo sempre o melhor desenvolvimento possível aos seus filhos, sendo para isso fulcral que desempenhem as suas funções parentais (Barroso e Machado, 2010). O tema “parentalidade” será abordado de seguida.

2.1. Parentalidade

A Parentalidade pode ser definida como um conjunto de atividades que têm como objetivo garantir a sobrevivência e o desenvolvimento da criança (Hoghughi, 2004).

A Organização das Nações Unidas, na sua Convenção dos Direitos da Criança (ONU, UNICEF, 1990), refere que é da responsabilidade dos pais e cuidadores assegurar as necessidades básicas essenciais ao desenvolvimento da criança, nomeadamente a nível psicológico, social e físico, tendo sempre em consideração as competências da família e estatuto económico da mesma.

Segundo o Modelo de Belsky, as características individuais dos pais, características individuais da criança, e fatores do contexto social influenciam direta ou indiretamente a parentalidade. Fatores como a personalidade e o estado psicológico dos pais, as condições de trabalho, o estado da relação conjugal, as redes de apoio social e da comunidade, e as características pessoais da criança influenciam diretamente a parentalidade, que por sua vez, influenciará o desenvolvimento da criança, pelo que sempre que algum destes fatores passe por uma fase negativa, o desenvolvimento da criança será consequentemente afetado (Belsky, 1984; Belsky e Vondra, 1989; Belsky e Jafee, 2006).

O modelo de Hoghughi (2004), baseado nas teorias de Bronfenbrenner (1979) e Belsky (1984), defende que a parentalidade é constituída por onze dimensões, que se encontram organizadas em três grandes áreas: Atividades parentais, Áreas funcionais e Pré-requisitos.

As atividades parentais dizem respeito ao conjunto de atividades que são essenciais para que a parentalidade seja considerada adequada o suficiente (Barroso e Machado, 2010; Hoghughi, 2004). Englobam três dimensões: Cuidado, seja ele físico, emocional ou social, salvaguardando os cuidados de alimentação, higiene, proteção, vestuário, hábitos de sono, e precaução e resolução de acidentes ou doenças (Barroso e Machado, 2010; Bradley, 2007); outra dimensão é a Disciplina, no qual se insere o controlo, regras e limites essenciais ao desenvolvimento da criança (Barroso e Machado, 2010; Hoghughi, 2004); e o Desenvolvimento, englobando o desejo dos pais que a criança alcance o seu potencial máximo em todas as áreas do desenvolvimento, nomeadamente capacidades desportivas, artísticas e culturais, e valores como a coragem, respeito ou honestidade (Barroso e Machado, 2010; Bradley, 2007).

As áreas funcionais são referentes aos aspetos fundamentais do desenvolvimento infantil, nos quais é essencial a supervisão por parte dos pais. Subdivide-se em quatro dimensões: Saúde Física, inserindo as necessidades de sobrevivência e de bem-estar, nomeadamente a prevenção de doenças e a promoção de um crescimento positivo (Hoghugh, 2004); outra dimensão é a Saúde Mental, que engloba sentimentos, comportamentos e pensamentos da criança relativamente aos outros e a si mesma, sofrendo estes um grande impacto das práticas educativas adotadas pelos pais (Hoghugh, 2004); Comportamento Social, que se refere às competências que os pais devem promover nos seus filhos, nomeadamente na ajuda a adequar as respostas de acordo com os relacionamentos sociais e as ocasiões, assim como o conhecimento da cultura e das regras legais a nível de comportamento quer em relação as pessoas, quer na comunidade no geral (Barroso e Machado, 2010; Hoghugh, 2004). Outra dimensão é o Funcionamento Educativo e Intelectual, referindo-se ao trabalho realizado junto das crianças com o objetivo de potenciar as competências académicas e educacionais, assim como de trabalho e a capacidade de estes resolverem problemas (Hoghugh, 2004).

Os pré-requisitos referem-se a aspetos mais específicos que são essenciais ao desenvolvimento da atividade parental, dividindo-se em quatro dimensões (Barroso e Machado, 2010; Hoghugh, 2004): Conhecimentos e Compreensão, essenciais para os pais conseguirem compreender as necessidades dos seus filhos, como identificar problemas, aconselhar e encorajar as crianças. O conhecimento e a compreensão são então fundamentais para a existência de afetividade na parentalidade, sendo necessário perceber como a criança se encontra, interpretar as suas necessidades e responder adequadamente face a isso; os Recursos, que têm em conta as competências parentais, as qualidades dos progenitores, as redes de suporte social, e recursos materiais que são fundamentais para o desenvolvimento da criança; a Motivação dos pais, ou seja, os seus desejos, que ajudarão a criança a melhorar as suas competências de socialização; e as Oportunidades, que acabam por condicionar a parentalidade, sendo de considerar o tempo de exercício das atividades parentais.

Todas estas áreas da parentalidade que se subdividem em dimensões, são fundamentais para o desenvolvimento da criança, uma vez que as crianças não se desenvolvem sozinhas, os pais fazem parte do meio no qual ocorre o crescimento, variando este meio de acordo como o comportamento dos pais (Barroso e Machado, 2010).

A parentalidade é influenciada pelas circunstâncias individuais, sociais e históricas dos pais, sendo que quando estas influências são negativas, pode chegar-se a um extremo, onde são evidentes o cuidado inconsciente e parentalidade sensível (Sherifali e Ciliska, 2006). Em alguns destes casos, surge o conceito de maus tratos onde a qualidade dos cuidados parentais é considerada fraca (Sherifali e Ciliska, 2006).

Tendo em conta que o desenvolvimento da criança se encontra diretamente relacionado com todos os fatores envolvidos no contexto familiar, a intervenção deve ser sempre centrada na família, sendo a unidade de intervenção não apenas a criança, mas a família no seu todo (Tegethof, 2007).

Ainda no âmbito da parentalidade, é essencial abordar a Negligência Parental (NP). A NP pode ser definida como um padrão de comportamentos exercidos por parte dos pais, que se distancia daquilo que seria desejável, uma vez que não salvaguarda as necessidades básicas da criança, o que afeta negativamente o seu crescimento e desenvolvimento (Gomes, 2018).

Calheiros (2006) define NP como o conjunto de omissões por parte dos pais no ato de cuidar, verificando-se uma falha em salvaguardar as necessidades da criança, afetando assim a sua integridade física e o seu desenvolvimento.

Podem ser distinguidos vários tipos de NP: Negligência física, educativa, falta de supervisão, negligência emocional, negligência intrauterina, abandono.

A negligência física verifica-se quando os não são salvaguardados os cuidados de saúde básicos essenciais à vida da criança, nomeadamente a alimentação, cuidados de higiene e condições habitacionais (Benavente, 2010; Calheiros, 2006; Gomes, 2018).

A negligência educativa ocorre quando não se verifica apoio nem interesse dos pais relativamente ao desempenho académico do filho, quer a nível do seu aproveitamento e assiduidade escolar, do comportamento em contexto de sala de aula, e nas relações estabelecidas com os pares (Calheiros, 2006; Gomes, 2018).

Também a falta de supervisão é considerada negligência uma vez que a estimulação, segurança e competências de socialização da criança, não são salvaguardados (Calheiros, 2006).

A negligência emocional consiste na falta de afetos, de atenção e de dedicação à criança, o que causa uma falsa maturidade, dificuldade em estabelecer e manter relações sociais e isolamento social (Benavente, 2010).

Benavente (2010) acrescenta ainda a negligência intrauterina e o abandono. Entende-se por negligência intrauterina, ou seja, pré-natal, aquela na qual a mãe não fornece ao bebé os cuidados essenciais enquanto feto (consumo de álcool, ausência às consultas médicas agendadas, alimentação desadequada, etc.). Por sua vez, o abandono é considerado dos mais graves tipos de negligência, e ocorre quando os pais deixam um bebé recém nascido junto de locais onde sejam rapidamente encontrados (e.g. igrejas, instituições de solidariedade social, etc.), quando os pais deixam crianças entregues a outros familiares entregando-lhes as responsabilidades parentais, perdendo o contacto com os progenitores, e quando os pais deixam os bebés ou crianças em idades precoces em locais isolados, com baixa probabilidade de serem encontrados, sendo este o mais preocupante. Outro tipo de abandono mais recentemente identificado é referente a jovens com problemas comportamentais ou história psicopatológica considerada grave, que são numa fase inicial entregues a instituições, e posteriormente abandonados nesses mesmos locais (Benavente, 2010).

As classes sociais que vivem com maiores dificuldades económicas, baixa instrução escolar e classes mais desfavorecidas, tendem a apresentar mais dificuldades em assegurar os cuidados básicos de vida aos seus filhos, não fornecendo uma alimentação apropriada, não salvaguardando os materiais escolares necessários para as aulas, não controlando assiduidade e pontualidade às aulas, nem fornecendo os cuidados de saúde desejáveis (Alberto, 2010). Por sua vez, as famílias de classes sociais mais elevadas, frequentemente dispõem dos materiais escolares necessários, mas acabam por não fornecer a atenção suficiente aos seus filhos, sendo também consideradas negligentes (Alberto, 2010).

Os estudos realizados com as famílias nas quais se verifica NP, permitem identificar algumas características comuns entre elas, que contribuem para a vulnerabilidade face a estas ocorrências (Benavente, 2010): O estatuto socioeconómico baixo encontra-se associado a ambientes menos calmos, e nos quais existe menos tempo dedicado aos menores (McGuinness e Schneider, 2007); As famílias nas quais se verifica NP, os problemas como o alcoolismo, violência doméstica, consumo de substâncias ilícitas e transtornos psiquiátricos tendem a estar bastante presentes (Matos e Sousa, 2004); Também a desorganização familiar quer a nível da estrutura familiar caótica (tendência destas famílias à monoparentalidade), quer na comunicação disfuncional entre os membros do agregado familiar (tendência a conflitos, gritos e até agressão), parecem influenciar a postura negligente que adotam (Gómez, Muñoz e Haz,

2007); O facto de serem famílias isoladas, ou seja, que se encontram física ou emocionalmente afastadas da restante família mais alargada e das redes de apoio, encontra-se também diretamente relacionado com a negligência parental (Sousa, 2005).

As competências parentais dos pais negligentes encontram-se comprometidas, pelo que é essencial o acompanhamento destas famílias por parte de Técnicos especializados, que atuem não apenas na educação parental (EP), mas também na supervisão dos progenitores, promovendo o melhor desenvolvimento possível à criança, tentando ajudar a colmatar situações de risco ou perigo social (Camilo e Garrido, 2013).

A nível nacional, estas famílias que se encontram em situações de negligência, tendem a ser referenciadas para os Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP), que possuem três modalidades de intervenção: Preservação familiar (com o objetivo de evitar a retirada da criança do seu ambiente natural) , Reunificação familiar (que visa o regresso do menor ao seu ambiente familiar) e ponto de encontro familiar (tendo como objetivo a manutenção ou ajustamento dos vínculos estabelecidos entre o menor e os seus familiares) (Portaria n.º 139/2013, de 2 de abril – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental – Capítulo II – Artigo 8).

Os CAFAP funcionam como recurso complementar da CPCJ, dos Tribunais e dos Serviços Sociais (Alarcão e Melo, 2009), fornecendo informações importantes obtidas através da proximidade estabelecida com as famílias, e após um período de avaliação no qual identificam os elementos negativos, e uma intervenção nesses mesmos âmbitos (Núncio, 2013). Toda a informação recolhida, é partilhada entre todas as entidades envolvidas no processo da família, sendo a decisão final sempre tomada pelo Tribunal. A hipótese mais penosa, e que é opção em casos mais severos é o afastamento da criança do perigo, ou seja, do seu ambiente natural, podendo ocorrer o acolhimento residencial ou o acolhimento numa família, promovendo não apenas as necessidades básicas, mas também o bem-estar do menor e a sua educação, assim como o acompanhamento dos familiares, ajudando a criar condições para reunificação familiar (artigo 35 da Lei nº 147/99, de 1 de setembro). Por outro lado, segundo o artigo 41 da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (1999), quando existem perspetivas de melhoria por parte da família face à criança, atua-se no fortalecimento das capacidades e competências parentais e familiares, visando um ambiente adequado para que a criança continue sob a responsabilidade dos pais. Nestes casos, o apoio é prestado aos pais através de intervenções de EP, que serão abordadas mais

aprofundadamente no tópico seguinte.

2.2. Intervenções de Educação Parental

Para Abreu-Lima et. al., (2010), o apoio socioeducativo que é prestado aos pais no âmbito da educação e aconselhamento parental tem como objetivo ajudar estes pais a responder de forma adequada às necessidades das crianças, sendo essas ao nível da educação, do desenvolvimento ou do bem-estar.

Segundo Pourtois, Desmet e Barras (1994), a educação familiar tem como objetivo a promoção do desenvolvimento da criança. Por sua vez, a EP pretende promover nos pais o seu desempenho enquanto educadores e cuidadores, melhorando para tal as suas capacidades educativas, respeitando os seus valores.

Coutinho (2000) considera que a Educação/ Formação e Treino de pais surgem para aumentar as competências educativas dos pais, assim como para melhorar a informação destes em relação aos filhos.

A ideia de EP surge no âmbito das correntes pedagógicas que visão a inserção escolar de crianças de classes sociais mais baixas (Pourtois, Desmet e Barras, 1994).

Mann (2008) considera que as intervenções de EP devem destinar-se a famílias que apresentem dificuldades, nomeadamente que se encontrem geográfica ou socialmente isolados, possuam uma cultura não dominante, tenham uma estrutura familiar diferente da que tiveram durante o crescimento, têm no núcleo familiar crianças com NEE, problemas de comportamento ou problemas emocionais, vivam em situação de monoparentalidade ou imigração, tenham níveis educacionais baixos, impedindo o apoio adequado aos filhos, tenham sofrido abusos enquanto crianças, ou se for verificada uma situação de depressão materna.

No âmbito da EP, são abordados diferentes conceitos: Treino parental, EP propriamente dita e Aconselhamento parental, tendo todos como objetivo fornecer aos pais apoio, orientação e informação de como lidar com os seus filhos (Coutinho, 2000). Considera que o treino parental é o trabalho que se desenvolve com os pais, promovendo a resolução dos problemas apresentados pela criança. Já a EP apresenta um caráter mais preventivo, onde se visa a prevenção de comportamentos desadequados da criança. Por sua vez, o aconselhamento parental é visto como um apoio a nível emocional e educativo, prestado aos pais (Coutinho, 2000). Segundo o

mesmo autor estas três vertentes embora existam separadamente, podem também ser combinadas, fornecendo um apoio mais completo e aprofundado. Coutinho (2000) baseia-se em Felman (1994) e Barnett (1997), que defendem que combinação de EP com treino parental, destina-se respetivamente a famílias onde exista algum tipo de deficiência, e a famílias onde se verifique negligência ou maus-tratos. Por outro lado, considera-se que se um Técnico conciliar o aconselhamento parental com o treino parental, os benefícios serão particularmente evidentes nos casos de famílias que incluam crianças com deficiência (Hornby, 1993, cit in Coutinho, 2000).

Segundo Abreu-Lima et. al., (2010), a EP deve contemplar alguns objetivos, nomeadamente: informar os pais, e orientá-los relativamente ao desenvolvimento e capacidades de socialização dos seus filhos, prevenir problemas de desenvolvimento, promover relações entre a criança e a família, discutir com os pais estratégias que sejam úteis no controlo de comportamentos dos filhos, incentivar a participação parental na aprendizagem escolar dos filhos, oferecer apoios especializados a famílias com crianças com problemas de desenvolvimento, e fornecer apoios sociais na sociedade (Abreu-Lima et. al., 2010).

Powell (cit in Coutinho, 2000) considera que a EP pode ser dividida em duas vertentes: terapêutica, onde o objetivo é minimizar o sofrimento dos pais relativamente às dificuldades da criança, recorrendo para tal ao treino e aconselhamento parental, e preventiva, na qual se fornece aos pais conhecimentos que lhes serão úteis enquanto cuidadores, e onde se trabalham esses mesmos conhecimentos, recorrendo à formação e EP. Ambas as vertentes são utilizadas no âmbito da Reabilitação Psicomotora, podendo até complementarem-se em fases diferentes da vida familiar (Coutinho, 2000).

Abreu-Lima et. al., (2010) consideram que a EP pode ser prestada de diversas formas, podendo o apoio ser fornecido individualmente, onde os conselhos são registados por parte dos pais; apoio em grupo, onde a intervenção se rege mais ou menos por uma estrutura que é seguida; ou intervenção com recurso aos media (e.g. campanhas na televisão ou na rádio) ou através de brochuras e cartazes informativos.

As intervenções de EP apresentam benefícios, nomeadamente ao nível da consciencialização das suas práticas e competências, da perceção da necessidade de alterar comportamentos, maior compreensão das necessidades das crianças e maior empatia para com estas, desvalorização dos castigos físicos como meio de estratégia educativa, aumento do respeito da identidade e do tempo da criança, diminuição da

sensação de isolamento social, e na diminuição de comportamentos desadequados por parte da criança (Abreu-Lima et. al., 2010).

Vários são os estudos que comprovam os benefícios das intervenções de EP em famílias multirrisco, quer em intervenções individuais, quer em grupo, sendo importante salientar as alterações a nível do comportamento e prática parental, através da diminuição do risco de maus tratos e negligência face às crianças assim como a diminuição do risco psicossocial (Nunes, 2013) e o aumento da autoestima, otimismo e satisfação com a vida (Abreu-Lima, et al., 2010; Ribeiro, 2003). São verificadas também alterações na forma como os pais vêm e lidam com os filhos, aumentando o seu potencial de desenvolvimento, e diminuindo os riscos de abuso ou negligência (Nunes, 2013). Ribeiro (2003) aborda também melhorias a nível do estilo educativo, pois os pais aprendem estratégias (e.g. elogio, negociação e punição) para lidar com os seus filhos.

Também a forma como os pais exprimem os seus sentimentos parece ser alterada com intervenções de EP, passando a haver uma maior capacidade de exprimir sentimentos positivos, assim como uma maior capacidade de regulação dos sentimentos negativos, passando os pais a acreditarem mais nas suas capacidades de mudança pessoal, assim como de identificarem essas mesmas alterações (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão, Versuti-Stoque e Rosin-Pinola, 2008; Ribeiro, 2003).

A rede de apoio social também aumenta com as intervenções de EP, uma vez que passa a haver a lidação com um maior número de pessoas, incluindo outros pais com problemas idênticos e os Técnicos que fornecem apoio, dando a conhecer os serviços da comunidade dos quais podem usufruir (Abreu-Lima, et al., 2010).

Estas intervenções de EP são encaradas como um auxílio no que diz respeito à promoção das capacidades parentais, uma vez que permitem aos pais que se conheçam a si mesmos, identifiquem as suas dificuldades assim como os seus pontos fortes, e reflitam sobre as suas práticas parentais (Nunes, 2013), ajudando também no estabelecimento de limites aos seus filhos, que serão fundamentais no presente e futuro dos mesmos e da sociedade no geral (Bolsoni-Silva et al., 2008).

3. Intervenção Psicomotora

3.1 Conceitos e Definições

Existem diversas definições de psicomotricidade, sendo que estas variam de

acordo com a altura em que surgiram e com as opiniões de quem as criou.

Para Defontaine a psicomotricidade é como “um caminho, é o desejo de fazer, de querer fazer, o saber fazer e o poder fazer”, afirmando ainda que para entender a psicomotricidade é necessário aceitar que há uma triangulação entre o corpo, o espaço e o tempo (Lussac, 2008).

Ajuriaguerra defende que a psicomotricidade é a “ciência da Saúde e da Educação” que pretende que a representação e expressão motora sejam adquiridas a partir da “utilização psíquica e mental do indivíduo” (Lussac, 2008).

A Psicomotricidade é, segundo Vitor da Fonseca, o “campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade”. O psiquismo abrange todo o funcionamento mental (emoções, sensações, medos e afetos), e abrange os processos cognitivos, (funções de processamento, atenção, controlo e regulação, entre outros). Já a motricidade, é para este autor o “conjunto de expressões mentais e corporais”, sendo que estas envolvem as funções posturais, tónicas, somatognosias e práxicas (Fonseca, 2010b).

Segundo Fonseca (2010b), a psicomotricidade tem uma “conceção triárquica”, com uma dimensão multicomponencial, multiexperiencial e outra multicontextual. Relativamente à multicomponencialidade, refere-se à integração de diversas áreas como as ciências humanas, e biológicas, a filosofia, antropologia, psicologia, psiquiatria, entre muitas outras. No que se refere à componente multiexperiencial, há uma tentativa de estudar e pesquisar sobre a implicação da psicomotricidade no desenvolvimento humano. Por fim, a multicontextualidade é referente à projeção do conhecimento nos diversos contextos, tentando observar e integrar a atividade humana.

Segundo Martins (2001), a psicomotricidade consiste numa “prática de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da regulação tónica, possibilitando depois a apropriação dos processos simbólicos, com forte acentuação na componente lúdica”.

A psicomotricidade é então uma área transdisciplinar que estuda e investiga as relações que se estabelecem entre o corpo e o psiquismo (Fonseca, 2010b), e entre a realidade e a imaginação (Fonseca e Martins, 2001), encarando deste modo as atividades motora e psicológica como indissociáveis (Fonseca, 2010a), estando a dimensão psicomotora sempre associada a uma dimensão simbólica, lúdica e relacional

(Fonseca e Martins, 2001). A psicomotricidade encontra-se dividida em três vertentes: preventiva, educativa e terapêutica/reeducativa (Vieira, Batista e Lapierre, 2005; Mello, 1989).

Por sua vez, a Intervenção Psicomotora pode ser definida como um processo de facilitação que permite uma reeducação ou intervenção através da mediação expressiva e corporal, onde o terapeuta tem como função investigar e compensar os comportamentos motores desadequados, os problemas de desenvolvimento ou de maturação tanto a nível psicomotor, como de comportamento, psicoafectivo ou de aprendizagem (Martins, 2001), mantendo sempre uma visão holística do indivíduo, na qual o corpo e a mente se encontram diretamente relacionados (Fonseca, 2001). Assim, como uma visão biopsicossocial, consideram-se importantes para o desenvolvimento todos os fatores que influenciam o ser humano, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais (Fonseca, 2004).

A Intervenção Psicomotora engloba parâmetros reabilitacionais, educacionais reeducacionais, e ainda terapêuticos, sendo sempre mediada pelo corpo, pelo jogo, gesto, ritmo, e pela motricidade (Fonseca, 2010b).

A prática psicomotora destina-se a toda a população de qualquer faixa etária, incluindo diversas metodologias como técnicas de relaxação e consciencialização corporal (Maximiano, 2004), atividades lúdicas (Caron, 2010; Martins, 2001), atividades motoras adaptadas (França e Zuchetto, 2004; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007), terapias expressivas (Latterza, 2010; Neves, 2014), mediação por animais (Prianti e Cabanas, 2007), entre outras.

Segundo Fonseca (2010a), na base da observação e intervenção psicomotora encontram-se sete fatores psicomotores, sendo eles a tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina, sendo estes fatores baseados nas três unidades de Lúria.

Independentemente da experiência, na intervenção psicomotora o objetivo é sempre um espaço de prazer sensório motor, de representações e jogo simbólico, visando a realização da criança enquanto pessoa (Martins, 2001).

3.2 O papel do Psicomotricista

O psicomotricista tem um papel mediador entre a criança e o meio envolvente,

não apenas ajudando na criação e execução de tarefas, mas também interagindo com a criança de modo intencional, estimulando assim a criatividade, organização e planeamento motor. Ao ajudar nestes fatores interfere consequentemente no aumento da autoconfiança e da segurança afetiva da criança (Fonseca, 2005; Fonseca, 2006).

Martins (2001) defende que o corpo é o principal instrumento de trabalho do psicomotricista, assim como do sujeito com quem está a trabalhar, uma vez que é através dele que se expressam, sendo fundamental o domínio do próprio corpo.

O Psicomotricista deve considerar que num indivíduo, as potencialidades motoras, emocionais e mentais interagem constantemente, expressando-se sempre através do corpo (Martins, 2001).

Segundo Martins (2001), este terapeuta deve investigar e compensar não apenas os comportamentos motores desadequados, mas também em casos de problemas de desenvolvimento ou de maturação, seja ela de âmbito psicomotor, comportamental, psicoafectivo ou de aprendizagem.

O psicomotricista deve adotar uma postura que permita que a criança se liberte, conseguindo manifestar as suas emoções e interesses. Este terapeuta deve ainda ajudar a criança em tudo o que ela sentir dificuldade e insegurança em realizar sozinha, tendo um papel de mediador (Falkenbach, nd).

Deve ser um suporte de comunicação, não avaliando o rendimento, mas sim os comportamentos da criança, valorizando não apenas os êxitos, mas também a capacidade afetiva e relacional da criança (Martins, 2001).

O psicomotricista deve ser capaz de intervir em simultâneo nas funções afetivas e emocionais da criança, recorrendo para tal a estratégias de intencionalidade, significação, segurança e conforto, reciprocidade, transcendência, novidade e complexidade, sentimento de competência, transcendência, etc. (Fonseca, 2001).

Sem descurar do que foi referido anteriormente, no âmbito da IP, o psicomotricista deve integrar a equipa transdisciplinar, constituída por Técnicos de diversas áreas, com o objetivo de em conjunto com a família, promover o desenvolvimento da criança (Simões, 2003).

3.3 A pertinência da Intervenção Psicomotora no Âmbito da Intervenção Precoce

A Psicomotricidade é utilizada todas as suas vertentes e em diferentes contextos, tendo sempre como objetivo que a criança alcance o nível mais elevado de aprendizagem e de desenvolvimento (Fonseca, 2001), à semelhança do que é pretendido no âmbito da IP.

A Intervenção Psicomotora quando direcionada para as crianças, deve basear-se na espontaneidade e no jogo simbólico, possibilitando a simbolização e representação de vivências (Franc, 2002).

O principal objetivo da Intervenção Psicomotora é desenvolver o potencial dos indivíduos através de atividades que propiciem a aprendizagem. Assim, o indivíduo vivencia um processo de consciencialização corporal, assim como um desenvolvimento das competências afetivas e cognitivas, recorrendo a experiências lúdicas que permitem não apenas a socialização, como o desenvolvimento intelectual e a criatividade (Cavalari e Garcia, 2010).

Nas sessões de Intervenção Psicomotora deve privilegiar-se a vivência do jogo, prazer, desejo, regulação tónica e simbolização, envolvendo as áreas emocional, afetiva, corporal, psicomotora, linguística, cognitiva, sócio-motora e cultural, que conjuntamente ajudam a estruturar a consciência da criança, como indivíduo em desenvolvimento (Onofre, 2004).

Na IP defende-se que quanto mais precocemente se iniciar uma intervenção, mais eficazes serão os resultados dessa mesma intervenção (Simões, 2003). Neste sentido, a Intervenção Psicomotora pode ser utilizada como uma das modalidades de apoio de que a IP tem ao seu dispor, visando sempre a promoção global do desenvolvimento da criança.

Segundo Gras (2004), a Intervenção Psicomotora é considerada fundamental no âmbito da IP, uma vez que a IP atua em diversas dimensões do desenvolvimento, como a dimensão motora, emocional, comportamental, educativa e familiar, tal como acontece no âmbito da Intervenção Psicomotora, que tem uma visão da atividade humana com um fundo psicomotor.

Tendo em conta a informação anteriormente mencionada, é possível concluir que uma equipa de IP deve ser composta por elementos de diversas áreas de intervenção,

podendo assim atender à diversidade de famílias e de problemas que a família e a criança apresentam.

Assim, tendo em conta a visão holística sobre o ser humano que é abordada pela psicomotricidade, assim como o trabalho desenvolvido pelo psicomotricista com vista ao desenvolvimento psicomotor, são trabalhadas novas aprendizagens que serão benéficas não apenas no momento presente, mas também para o futuro da criança, nomeadamente para as competências académicas, como para a construção da personalidade da criança, identidade, autonomia e vinculação.

Estas bases da Psicomotricidade vão de encontro aos princípios da IP, sendo o psicomotricista um elemento importante numa equipa de IP, uma vez que avalia e intervém não apenas com a criança, mas também com a sua família, tal como é sugerido no modelo de IP centrado na família, potenciando sempre o desenvolvimento da criança.

4. Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

O Desenvolvimento é um processo dinâmico, que ocorre desde o nascimento até à morte, de forma contínua, envolvendo não apenas o crescimento orgânico, mas também mental (Bock, Furtado e Teixeira, 2008).

Este processo é influenciado por vários fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, nomeadamente pela hereditariedade, pelo crescimento orgânico (aspeto físico), pela maturação neurofisiológica (e.g. aprendizagem depende dessa maturação), e pelo meio no qual o sujeito está inserido (Bock, Furtado e Teixeira, 2008).

Segundo Bock, Furtado e Teixeira (2008), o desenvolvimento pode ser dividido nas áreas: físico-motora (desenvolvimento orgânico, maturação neurofisiológica e manipulação de objetos), intelectual (pensamento e raciocínio), afetivo-emocional (forma integração de experiências, sensações) e social (relação com terceiros). Segundo Papalia, Olds e Feldman (2001), os domínios do desenvolvimento podem ser organizados em três principais: motor, cognitivo e psicossocial, mas embora estes possam ser diferenciados, encontram-se diretamente relacionados entre si.

No desenvolvimento considerado típico, existem marcos esperados para cada faixa etária. Tendo em conta o que foi mencionado anteriormente, existem diversos fatores que influenciam esse desenvolvimento, pelo que se verificam diferenças

individuais com diversas causas.

Irei ao longo deste trabalho trabalhar com o termo Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor, tal como é aceite, embora não concorde com a terminologia, nomeadamente com o “atraso”, considerando que este é um termo que deveria sofrer alterações.

4.1. Definição de Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5*, o Atraso Global do Desenvolvimento verifica-se em crianças até aos 5 anos de idade, que manifestem dificuldades em alcançar as etapas de desenvolvimento a nível intelectual, tendo em conta o que seria esperado para os pares da mesma idade (APA, 2013). Este diagnóstico é normalmente aplicado quando é ainda precoce avaliar de modo confiável a gravidade clínica da perturbação da criança (Riou, Ghosh, Francoeur e Shevell, 2009; APA, 2013).

O Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor (ADPM) pode ser definido como uma cotação de dois desvios-padrão abaixo nos domínios do desenvolvimento, quando comparados com as crianças da mesma faixa etária, sendo os domínios avaliados os seguintes: motricidade fina, motricidade global, linguagem, cognição, competências pessoais, competências sociais, e atividades da vida diária (Ferreira, 2004; Rosario-Montejo, Molina-Rueda, Muñoz-Lasa e Alguacil-Diego, 2015; Santoro, Pandolfo, Rosenfeld e Raskin, 2016), sendo que para se considerar a existência de ADPM, devem ser afetados pelo menos dois dos domínios anteriormente referidos (Shevell et al, 2003; Dornelas, Duarte e Magalhães, 2015).

Ferreira (2004) defende que o ADPM tem um caráter bastante heterogéneo, uma vez que cada criança é afetada de uma forma específica, não coincidindo, de criança para criança, as áreas afetadas. Pode ser difícil identificar as dificuldades devido à variabilidade na aquisição dos marcos motores mesmo nas crianças sem patologias.

4.2. Etiologia

Existe um leque bastante variado de possíveis causas para o ADPM, sendo identificadas nomeadamente anomalias múltiplas indeterminadas (29,1%), síndromes de anomalias múltiplas conhecidas (15,8%), as anomalias cromossómicas (11,6%), síndromes epiléticas (8,3%), X-frágil (3,3%), malformações cerebrais (3,2%), síndromes

neuro cutâneos (2,5%), doenças metabólicas (2,5%), encefalopatia hipoxico-isquémica (2,5%), tóxicos ou teratogénicos (0,8%), infeções (0,8%), e em 19,1% dos casos, a origem do ADPM é desconhecido (Ferreira, 2004).

Tervo (2006) considera que a causa mais comum do ADPM são as anomalias cromossómicas, nomeadamente a trissomia 21. O mesmo autor refere ainda ADPM causado pela síndrome de álcool fetal, e síndrome de X-frágil (Tervo, 2006).

Shevell, Majnemer, Rosenbaum e Abrahamowicz (2000) analisaram 99 crianças com ADPM, estabelecendo diagnósticos etiológicos a 44 destas crianças. Como causas para a patologia foram apontadas disgénese a nível cerebral, encefalopatia hipóxico-isquémica, exposição a toxinas como álcool ou cocaína, anomalias cromossómicas, negligência psicossocial profunda, alterações neuromusculares, alterações genéticas como de Johansso-Blizzard, sequelas de infeções congénitas, leucodistrofia (Shevel et al, 2000). Os mesmos autores verificaram que o sexo não é preditor da etiologia do ADPM (Shevel et al, 2000).

Outro estudo que evidencia a variabilidade de causas do diagnóstico de ADPM foi desenvolvido por Battaglia, Bianchini e Carey (1999), abordando como principais causadoras as anomalias cromossómicas, síndrome de X-frágil, perturbações neurocutâneas (esclerose tuberosa e neurofibromatose) e perturbações neuropedagógicas. Referem ainda a exposição a toxinas, encefalopatia e síndromes congénitos, embora estes ocorram menos frequentemente (Battaglia, Bianchini e Carey, 1999).

Para saber a etiologia, é essencial compreender se foi verificado um atraso a nível das aquisições dos marcos motores de desenvolvimento considerados normais, ou se se tratou de uma regressão, ou seja, se houve perda de aquisições. Para tal, realizam-se 4 fases de investigação e avaliação, que podem desenvolver-se por ordem não definida, sendo a primeira fase a investigação clínica básica, na qual consta a anamnese, antecedentes médicos familiares e a árvore genológica, outra fase é o exame físico com especial incidência na somatometria, o exame neurológico da pele e procurando as dismorfias e malformações, e caso seja oportuno, são realizados exames complementares, nomeadamente avaliação oftalmológica e audiológica (Ferreira, 2004). Tendo como base a investigação clínica básica, as crianças com ADPM podem ser categorizadas em (Ferreira, 2004):

- Suspeita de doença progressiva, seja esta de caráter metabólico ou degenerativo, demonstrando regressão de aquisições ou por antecedentes familiares da mesma doença, devendo estes casos ser encaminhados para a área da neurologia pediátrica, fazendo posteriormente uma investigação mais específica da etiologia;
- ADPM estático, mas com causa provável identificada através da evolução, dos antecedentes ou pela observação, sendo nestes casos necessário realizar exames específicos para determinada patologia;
- ADPM estático, mas sem causa identificável, sendo necessário nestes casos realizar um exame citogenético, e exame imagiológico encefálico.

Assim, considera-se de grande importância conhecer a causa para o AGDP, uma vez que com esta, é mais fácil traçar um projeto terapêutico dirigido para as necessidades da criança, assim como a diminuir a ansiedade por parte da família, uma vez que é possível prever as condições associadas à patologia, estando mais conscientes do que podem esperar da criança, e prevendo o risco de condição semelhante numa próxima gravidez (Shevel et al, 2000; Tervo, 2006).

4.3. Diagnóstico e Incidência

Para se obter um diagnóstico de ADPM, devem ser tidos em conta 2 tipos de diagnóstico: um diagnóstico descritivo, onde são descritos de forma o mais completa possível os aspetos do quadro clínico, nomeadamente as suas limitações, potencialidades e competências, e um diagnóstico etiológico, que pode implicar várias avaliações e exames complementares, que permitam identificar as causas do ADPM (Ferreira, 2004).

Tal como fora apresentado anteriormente, para que o diagnóstico seja estabelecido, deve ser apresentada uma cotação de dois desvios-padrão nos domínios do desenvolvimento (Ferreira, 2004; Rosario-Montejo, et al., 2015; Santoro et al., 2016), afetando este pelo menos dois desses domínios (Shevell et al, 2003; Dornelas, Duarte e Magalhães, 2015).

Segundo Ferreira (2004) a prevalência do ADPM é de 1 a 3% das crianças com menos de 5 anos. Já Hochstencach e os seus colegas de investigação (2009) afirmam que a prevalência é de 1 a 3 % das crianças até aos 3 anos de idade. Por sua vez, Tervo (2006) considera que esta problemática afeta 2 a 3 crianças em cada 100.

4.4 Intervenção Precoce e o Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

Quando se verifica uma alteração no desenvolvimento psicomotor de uma criança, esta deve ser acompanhada por diversos métodos de intervenção, nomeadamente pela Intervenção Psicomotora (Antunes e Duarte, 2003). Os mesmos autores defendem que quanto mais precocemente se estabelecer um diagnóstico, mais adequado será o prognóstico de desenvolvimento da criança aquando de uma intervenção. É durante o desenvolvimento infantil, e mais especificamente durante os anos pré-escolares que mais se desenvolve a aprendizagem, pelo que é conveniente que a intervenção ocorra o mais precocemente possível (Simões, 2003).

Tervo (2006) acrescenta que a criança deve ser encaminhada para os serviços de IP da sua zona de residência, sendo que nestes, a família deve integrar a equipa terapêutica, na qual se pode inserir também o psicomotricista.

Numa fase inicial, a Intervenção Psicomotora em idades mais precoces tinha como objetivo trabalhar a nível motor e espaço temporal recorrendo a uma perspetiva cognitiva e instrumental, mas com o avançar do tempo, e com a evolução na psicomotricidade, o objetivo passou a ser a realização da criança enquanto pessoa (Martins, 2001).

Na Intervenção Psicomotora direcionada para crianças, utiliza-se o jogo, como forma de exploração do corpo e do espaço (Machado e Tavares, 2010), desenvolvendo assim competências, sem se aperceberem que estão, na realidade a trabalhar fatores psicomotores e emocionais essenciais para o desenvolvimento da criança (Costa, 2008).

Um estudo de Majnemer (1998), constata benefícios da IP em crianças com ADPM, nomeadamente a nível da socialização e coordenação motora, melhorando também a relação entre a criança e os pais, dando especial importância à participação e inclusão da família em todo o processo terapêutico (Guralnick, 2017; Majnemer, 1998), à semelhança do que se verifica no contexto da Psicomotricidade.

Quanto mais cedo se iniciar a intervenção, melhores serão os resultados obtidos em crianças com ADPM (Majnemer, 1998), sendo que a IP assenta precisamente nesse princípio (Correia e Serrano, 1998), e na Psicomotricidade considera-se também que a intervenção deve iniciar-se assim que surgem as primeiras manifestações de

dificuldades, ou até mesmo de forma preventiva (Fonseca, 2001).

5. Problemas de Comportamento

Com frequência aborda-se o tema Problemas de Comportamento (PC). Na atualidade este é um tema preocupante não apenas para a família, como para os professores e educadores, e para todas as pessoas que lidam com estas crianças, sendo aprofundado seguidamente. Estas dificuldades não são consideradas como uma categoria de diagnóstico, mas sim como um conjunto de características que definem o comportamento destas crianças.

5.1. Definição

Os PC podem ser definidos como a ausência ou o excesso de comportamentos, que levam a uma relação desadequada com os pares e com os adultos, sendo estes socialmente inadequados (Silva, 2000).

Webster-Stratton (1997) considera que os PC podem ser de dois tipos: início precoce ou início tardio. O primeiro caso, refere-se a comportamentos considerados agressivos e opositivos que se desenvolvem no período pré-escolar, podendo na adolescência evoluir para situações mais preocupantes, se não forem devidamente controlados na sua fase inicial. No caso de início tardio, estes tipos de comportamentos desenvolvem-se já no período da adolescência.

Estudos comprovam a relação entre os PC das crianças, com as características do seu ambiente familiar e as práticas educativas parentais, nomeadamente no caso de famílias com estilos de educação demasiado severos ou inconsistentes, onde se verifique um escasso envolvimento positivo entre os pais e as crianças, e uma monitorização e supervisão desadequados, as crianças tendem a desenvolver problemas comportamentais (Gallo e Williams, 2005; Webster-Stratton, 1997).

Os comportamentos que são considerados problemáticos podem ser divididos em problemas internalizados, e problemas externalizados. Os comportamentos internalizados são manifestados por tristeza, insegurança e medos frequentemente, timidez, e preocupações excessivas (Achenbach e Edelbrock, 1979; Campbell, 1995). Por sua vez, como comportamentos externalizados podem ser entendidos os

comportamentos agressivos e delinquentes, a desobediência, e hiperatividade, desatenção e uma tendência evidente para transgredir regras (Achenbach e Edelbrock, 1979; Campbell, 1995; Trickett e Kuczynski, 1986).

É de salientar que na infância, comportamentos como testar limites, procura de autonomia e não cumprimento de regras são considerados típicos e adequados, uma vez que as crianças começam a desenvolver a sua personalidade, procurando independência e testando os limites impostos pelos adultos (Campbell, 1990).

5.2. Etiologia

Existem estudos que comprovam a relação entre a forma como os pais desempenham o seu papel e o surgimento de PC nos filhos (Borsa, Souza e Bandeira, 2011; Campbell, 1990; Webster-Stratton, 1997). O reportório de comportamentos parentais influencia maioritariamente problemas de externalização por parte dos filhos, não sendo propício apenas ao aparecimento destes comportamentos, mas também à sua manutenção (Campbell, 1990). Comportamentos dos pais que demonstrem interesse e entusiasmo pelos filhos, assim como capacidade de resposta adequada à necessidade da criança e o estabelecimento de regras e limites parecem influenciar positivamente a relação entre os pais e os filhos, influenciando consequentemente ao não surgimento de PC (Borsa, Souza e Bandeira, 2011).

Outros fatores que podem interferir no aparecimento e na manutenção de PC são, por exemplo, as condições socioeconómicas, fatores genéticos (Assis, Avinci e Oliveira, 2009), fatores individuais (Luiz, Gorayeb e Liberatore, 2010), e características da família, nomeadamente o número de elementos que a constituem, práticas parentais severas ou psicopatologia dos progenitores (Ferriolli, Marturano e Puntel, 2007).

5.3. Diagnóstico e Incidência

Para o estabelecimento de um diagnóstico, é necessário ter em conta algumas variáveis essenciais: intensidade, frequência e evidência dos comportamentos, idade com que estes surgem, e comorbidade com outra perturbação do desenvolvimento (Benavente, 2001), uma vez que este tipo de comportamentos nem sempre estão associados a um diagnóstico, visto serem considerados naturais no processo de desenvolvimento infantil (Campbell, 1990).

Os PC afetam ambos os géneros, sendo que alguns estudos revelam que em

idade escolar, verifica-se uma maior tendência dos rapazes para terem comportamentos externalizados, e das raparigas para comportamentos internalizados (Anselmi, Piccinini, Barros e Lopes, 2004; Cova, Maganto e Melipillán, 2005; Moura, Marinho-Casanova, Meurer e Campana, 2008). Campbell (1995) num trabalho de revisão da literatura, tendo por base vários estudos, conclui que em idade pré-escolar, não são identificáveis diferenças significativas entre géneros.

Emck (2004) considera que as perturbações de comportamento podem ser consideradas como um fator constituinte do funcionamento psicomotor infantil, mais especificamente no domínio psiquiátrico, manifestando dificuldades na atenção, hiperatividade, comportamentos agressivos, de oposição ou de não cumprimento das regras impostas.

As perturbações de comportamento encontram-se divididas em 2 categorias, Perturbação de Oposição e Desafio (POD), ou Perturbação de Conduta (PCD) (Emck, 2004). Apresentando de forma resumida cada uma destas perturbações, a PHDA manifesta-se essencialmente pela desatenção, hiperatividade e impulsividade, dependendo dos sintomas. Pode ser do tipo predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/ impulsivo, ou misto (APA, 2013). A POD é caracterizada por um humor irritável, comportamentos desafiantes ou vingativos, procurando culpar os outros pelos seus erros e comportamentos desadequados (APA, 2013). A PCD manifesta-se pela tendência para desrespeitar os direitos básicos e regras da sociedade, revelando comportamentos agressivos, destruição e furtos, violando assim as regras sociais (APA, 2013).

5.4. Intervenção Precoce e Problemas de Comportamento

As crianças com PC devem ser devidamente acompanhadas, sendo que segundo Benavente (2001) a intervenção deve atuar em todas as dimensões da vida da criança, nomeadamente junto da família, escola, pares e com a própria criança. Isto vai ao encontro do que ocorre no âmbito da IP, uma vez que nesta, a intervenção é centrada não apenas na criança, como também na sua família.

Os PC têm muitas vezes associadas características psicomotoras como a precipitação, inquietação, agitação, violência, inconsciência nas ações e hiper-vigilância, sendo que a Intervenção Psicomotora pode atuar nesse sentido (Webster-Stratton, 1997), ajudando a criança a controlar esses comportamentos e

consequentemente a melhora-los, e tal como já havia sido exposto anteriormente, um Psicomotricista pode integrar a equipa de IP, complementando-a.

Alguns estudos têm demonstrado que quando crianças manifestam este tipo de comportamentos e não são devidamente acompanhadas e corrigidas, tendem a num futuro próximo ser problemáticas, nomeadamente nos domínios social, emocional e educativo, podendo isso, consequentemente, trazer repercussões negativas a nível económico e social quer para a própria criança, quer para a sua família (Foster, Jones e CPPRG, 2005; Webster-Stratton 1997).

Existem também evidências que nas crianças com PC alguns dos fatores psicomotores se encontram comprometidos, nomeadamente a praxia fina, praxia global e a lateralização (Emck, 2004), sendo que estes são alguns dos fatores se encontram na base da intervenção por parte de um psicomotricista (Fonseca, 2010a).

Emck (2004) aborda ainda dificuldades a nível da regulação da distância corporal e conflitos sociais, nomeadamente entre pares, gerando por vezes comportamentos agressivos que posteriormente levam à exclusão social, e consequentemente à diminuição da autoestima. Tendo em conta que o psicomotricista tem um papel mediador (Fonseca, 2005; Fonseca, 2006), pode ser útil na intervenção, intervindo junto da criança para diminuir esses comportamentos, permitindo assim um aumento da autoconfiança e segurança afetadas na criança (Fonseca, 2005; Fonseca, 2006).

6. Enquadramento Institucional

6.1. Instituição

O estágio apresentado neste relatório foi realizado na EMDIIP, Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce, sendo esta uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) (EMDIIP, 2015; EMDIIP, 2016; EMDIIP, 2017a).

A EMDIIP encontra-se subdividida em duas equipas: Equipa de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (CLIP) que tem como população alvo crianças e jovens, desde o nascimento até aos 18 anos, com alterações no seu desenvolvimento, com deficiência, ou em risco de manifestar alguma destas, assim como apoia as famílias destas crianças e jovens dos conselhos de Oeiras, Cascais, Lisboa, Amadora e Sintra (EMDIIP, 2017a) e o Centro de Apoio Familiar e Acompanhamento parental (CAFAP), que promove competências pessoais, sociais e parentais das famílias que se encontrem

em situações de risco ou perigo (EMDIIP, 2017b), abrangendo famílias com crianças e/ou jovens entre os 0 e os 18 anos, que residam nos conselhos de Cascais ou Oeiras (EMDIIP, 2017c).

Com o objetivo de cumprir os princípios da IP, a intervenção é realizada no contexto natural da criança, no núcleo familiar ou em meio escolar, através de um contacto direto, progressivo e contínuo com as crianças e as respetivas famílias (EMDIIP, 2015).

Tendo em conta que se trata de uma IPSS, a EMDIIP ajusta os custos tendo em conta os rendimentos das famílias. Existe também a possibilidade de deslocação dos Técnicos, o que promove o acompanhamento de todas as crianças e famílias que à EMDIIP recorrem, reduzindo os encargos familiares (EMDIIP, 2017d).

6.2. Localização/ Contactos

A EMDIIP encontra-se sediada em Oeiras, no edifício do Instituto Condessa de Cuba, localizado na avenida dos Bombeiros Voluntários de Oeiras, Quinta da Quintã, 1º Piso, 2780-278 Oeiras.

O atendimento na CLIP ocorre na sede da EMDIIP, e o horário de funcionamento decorre de segunda a sexta, entre as 08H00 e as 20H00 (EMDIIP, 2017a). Por sua vez, o CAFAP localiza-se em Carnaxide, na Alameda João Meneses nº10B, funcionando nos dias úteis entre as 9h e as 19h (EMDIIP, 2017b).

É também possível entrar em contacto com a EMDIIP no geral e com a CLIP através do número de telefone 218253823 ou 918256928, e ainda por correio eletrónico, para o endereço geral@emdiip.com (EMDIIP, 2017d). Para contactar o CAFAP está disponível o número de telefone 214044134, ou o endereço de email cafap@emdiip.com (EMDIIP, 2017b).

É ainda possível saber mais informações sobre os serviços da EMDIIP no site <https://www.emdiip.com>, no Facebook <https://www.facebook.com/emdiip/> ou no Instagram com o nome “EMDIIP”.

6.3. Motivação, Visão e Missão da Instituição

A motivação da EMDIIP parte das necessidades apresentadas pelas crianças e famílias. Uma vez que a falta de tempo para a terapia era considerada uma dificuldade,

na EMDIIP são os terapeutas que se deslocam ao encontro da criança, e a terapia ocorre de forma natural, durante o dia-a-dia da criança (EMDIIP, 2017d). Quando se tratam de crianças com características especiais, o olhar sobre elas deve também ser especial, sendo que no âmbito da IP esse olhar acontece com crianças entre os 0 e os 6 anos, mas a EMDIIP atende jovens até aos 18, visto que as dificuldades ao longo do crescimento vão-se alterando, e o apoio é essencial nas diferentes necessidades apresentadas (EMDIIP, 2017d).

Deste modo esta IPSS pretende ajudar os pais a transformarem o tempo com os seus filhos em tempo de qualidade, fornecendo um acompanhamento contínuo onde as mudanças da vida da criança e da família são sempre tidas em conta e respeitadas (EMDIIP, 2017d).

A EMDIIP tem como visão ser considerada, no âmbito da sua atividade, uma instituição de referência nos conselhos de Oeiras, Lisboa, Cascais, Amadora E Sintra, sendo a missão desta IPSS dar resposta às necessidades das crianças e jovens, assim como da sua família, constituindo estes elementos uma tríade interativa e em desenvolvimento constante (EMDIIP, 2015), querendo “ir cada vez mais longe, melhor, e com maior empenho na procura do bem-estar global de cada família que nos procura. Por cada uma destas crianças e suas famílias fazemos uma viagem. Vamos onde for preciso, e depois disso, ainda um pouco mais longe” (EMDIIP, 2017e).

6.4. Objetivos da Instituição

Os objetivos da EMDIIP são centrados na criança e na sua família, sendo os principais (2017e):

- Fornecer apoio a crianças e jovens com alterações do desenvolvimento, em risco social ou em condições de deficiência;
- Prestar apoio às famílias das crianças e jovens que apresentem as situações anteriormente referidas;
- Promover ações de formação que potenciem o desenvolvimento de competências parentais.

A CLIP da EMDIIP, tem como objetivos (EMDIIP, 2017a):

- Promover o desenvolvimento infantil;

- Promover o sucesso escolar;
- Apoiar a vida autónoma;
- Capacitar e autonomizar as crianças e jovens recorrendo à intervenção terapêutica;
- Reforçar as competências das crianças e jovens assim como dos intervenientes no sistema familiar, integrando os recursos da comunidade;
- Contribuir para autonomia das famílias.

Por sua vez, o CAFAP apresenta alguns objetivos mais específicos referentes ao apoio familiar e aconselhamento parental (EMDIIP, 2017c).

- Assegurar o desenvolvimento integral das crianças e jovens;
- Desenvolver competências parentais e familiares;
- Promover a melhoria das interações familiares e com a comunidade;
- Reforçar competências individuais e sociais;
- Encaminhar a família e facilitar a utilização dos recursos disponíveis na comunidade;
- Prevenir a separação do menor da sua família;
- Promover a reintegração do menor na sua família.

6.5. População Alvo

Tal como já foi referido anteriormente, a EMDIIP tem como foco intervir com crianças e jovens, entre os 0 e os 18 anos que apresentem alterações do desenvolvimento, risco social ou em condição de deficiência (EMDIIP, 2015).

Assim, na CLIP são acompanhadas crianças com diversas dificuldades, nomeadamente a nível escolar, dificuldades motoras, cognitivas e de linguagem, a nível do controlo do comportamento, com alterações de humor, que manifestem agitação motora, incluindo assim com alterações no desenvolvimento no geral (EMDIIP, 2017f).

No CAFAP, são acompanhadas famílias com crianças e/ou jovens até aos 18 anos, vindos de contextos socioeconómicos vulneráveis, sinalizados e/ou sejam acompanhados pelo Centro Distrital de Segurança Social, pela Comissão de Proteção

de Crianças e Jovens de Oeiras, Equipas Multidisciplinares de Assessoria ao Tribunal (EMAT), e outras respostas sociais, pretendendo prevenir do risco (EMDIIP, 2017c).

6.6. Recursos Humanos e Materiais

Como diretor técnico da EMDIIP encontra-se o Psicomotricista André Rica, um dos elementos fundadores desta IPSS. A direção é constituída por André Rica, Raul Sapage, Jeniree Pereira, Ana Sofia Rocha, Carla Silva Carvalho, Filipa Pinteus e Fátima Rosado.

A equipa terapêutica da EMDIIP será apresentada no organograma que se segue, sendo que a equipa CLIP é constituída pelos terapeutas de Reabilitação Psicomotora, pelos terapeutas da fala, e pela psicóloga clínica (EMDIIP, 2017g):

Reabilitação Psicomotora	•André Rica; Fábio Faustino; Ana Sofia Rocha; Vanessa Domingues	CLIP
Terapia da Fala	•Claudia Figueiredo; Carmo Braga	
Psicologia Clínica	•Nídia Valadares	
CAFAP	•Nídia Valadares; Rosana Rocha, Patrícia Matos	
Comité Científico	•Prfª. Drª. Teresa Brandão; Dr. Nuno Ribeiro; Prª. Drª. Sofia Santos	

Figura 1 - Organograma da Equipa Técnica da EMDIIP

A CLIP oferece como serviços terapêuticos: Atividade Motora Adaptada, Apoio Psicopedagógico, Psicologia Clínica, Reabilitação Psicomotora, Terapia da Fala, Massagem terapêutica infantil, Programa de acompanhamento de bebés prematuros, Rastreios de Desenvolvimento, Avaliação do Desenvolvimento, e outros serviços que a direção disponibilize (EMDIIP, 2017a).

Por sua vez, o CAFAP é constituído por uma equipa especializada que fornece apoio no âmbito da Psicologia, Educação Social, Serviço Social e Mediação Familiar, desempenhando, de acordo com as características e necessidades das famílias, as seguintes modalidades (EMDIIP, 2017c).

Tabela 1 - Modalidades do CAFAP

Modalidades do CAFAP	Preservação Familiar - Prevenção da retirada do menor do seu meio natural de vida
	Reunificação Familiar - tem como objetivo o regresso do menor ao seu meio familiar
	Ponto de Encontro Familiar - espaço idóneo e neutro que tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento de vínculos familiares

No edifício do Instituto Condessa de Cuba, as instalações da EMDIIP são constituídas por uma sala terapêutica, equipada com os materiais necessários para as sessões de Psicomotricidade; três gabinetes equipados para as sessões de Terapia da Fala e Psicologia, uma sala de arquivo onde se encontra toda a documentação da EMDIIP, e ainda a sala da direção, onde se encontra o diretor técnico e onde são realizadas reuniões.

Por sua vez, nas instalações do CAFAP existem dois gabinetes, e uma sala de estar onde são recebidas as famílias e realizados os pontos de encontro familiares.

6.7. Caracterização da Resposta Institucional

Na EMDIIP cada caso é analisado tendo em conta não apenas o desenvolvimento da criança, mas também as necessidades e recursos da família, acreditando que para existirem melhorias na criança, é necessário o apoio da família, promovendo assim o bem-estar de todos os membros envolvidos (EMDIIP, 2015).

O Plano Geral de Ação da CLIP inicia-se por um encaminhamento, que é normalmente realizado pelos pais ou educadores, tendo em conta as dificuldades que detetam na criança, seguindo-se uma observação e análise do caso, preenchendo para tal uma folha de rastreio desenvolvida pela EMDIIP, que conjuga informação relativa ao desenvolvimento da criança, recolhendo essas informações junto da educadora, dos pais, e através da observação do próprio terapeuta.

Este rastreio permite conhecer as preocupações face à criança, levando à decisão de a avaliar ou não de forma mais profunda. Caso o terapeuta conclua que é pertinente essa avaliação mais aprofundada, a família deve proceder à inscrição, recorrendo para tal ao site da EMDIIP (EMDIIP, 2017a). Posteriormente, é realizada uma avaliação à criança, sendo esta articulada com a família, e obedecendo aos limites temporais estabelecidos para tal. Nesta avaliação, a família, a escola e outras entidades

importantes na vida da criança são sempre consideradas. Findo este processo, os objetivos da intervenção são definidos e discutidos. O Plano de Apoio Individual (PAI), é realizado com a colaboração da família e da criança ou jovem, tendo em conta a avaliação realizada. Demora cerca de dois meses a ser elaborado, começando a contar na data de admissão, e tem duração de um ano, podendo esta ser prolongada por igual período caso se justifique. O PAI é avaliado semestralmente, e revisto sempre que for necessário (EMDIIP, 2017a). Realiza-se uma avaliação, quando é dada por terminada a intervenção, ou seja, quando se cumpre o PAI. São apresentados os resultados alcançados, o grau de concretização do PAI, assim como os efeitos da intervenção. Depois, realiza-se um relatório no qual seja notória a causalidade entre a intervenção e os resultados atingidos pela criança/jovem, o impacto dessas alterações no comportamento, incluindo elementos da eficácia da intervenção. Mesmo quando terminada a intervenção, a CLIP pretende, se a família concordar, permanecer informada sobre a evolução e percurso de vida da criança (EMDIIP, 2017a).

De momento, o CLIP da EMDIIP abrange famílias dos conselhos de Oeiras, Lisboa, Amadora, Cascais e Sintra, tendo no ano de 2017 recebido 95 novas sinalizações e acompanhado 135 crianças, contabilizando apenas aquelas que são seguidas com plano de intervenção/PAI, uma vez que no CLIP existem crianças que fazem apenas a avaliação, não seguindo para acompanhamento. (EMDIIP, 2017a).

A EMDIIP possui parcerias formais e informais com diversas entidades, nomeadamente com a Faculdade de Motricidade Humana, Fundação Luís Figo, Fundação Galouste Gulbenckian, Câmara Municipal de Oeiras, com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, com a Rede Nacional de Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, escolas, creches, entre outras entidades (EMDIIP, 2017h).

Tendo em conta que a intervenção é muitas vezes realizada no contexto da criança, nomeadamente nas instituições de ensino, a EMDIIP intervém num total de 24 instituições, entre elas escolas, creches, jardins de infância, colégios, centros de estudos e centros sociais (EMDIIP, 2017h).

No CAFAP o processo ocorre de forma idêntica à apresentada anteriormente, começando por haver o preenchimento de um formulário de encaminhamento da família ou relatório psicossocial. Após o encaminhamento ser discutido em equipa, procede-se à convocatória da família, havendo uma entrevista com os progenitores dos menores, onde é realizada a anamnese e o levantamento do historial, assim como a assinatura

do acordo familiar. Posteriormente, procede-se à entrevista ao(s) menor(es), seguida de uma segunda entrevista aos progenitores, e posteriormente volta-se a avaliar criança de forma mais formal. Quando justificado, é realizada uma VD para recolha de mais informação do funcionamento familiar. Seguidamente, a equipa do CAFAP reúne-se com as entidades envolvidas no processo, e depois disso é constituído o Plano Integrado de Apoio Familiar (PIAF), sendo este elaborado em conjunto com a família e com o menor. De seguida, dá-se o desenvolvimento e acompanhamento do PIAF calendarizando uma data para reavaliação, sendo que com a intervenção, é possível que o risco social se mantenha, que esse risco passe para perigo, ou que este desapareça. Nos primeiros dois casos, procede-se a uma revisão da intervenção, e reajustamento do PIAF, continuando o acompanhamento. No caso do risco ou perigo ser eliminado, as entidades responsáveis são comunicadas, e segue-se o “*follow up*”, terminando assim a intervenção (EMDIIP, 2017c).

Para os serviços do CAFAP o encaminhamento pode ser realizado por parte da CPCJ, pelo tribunal, por outras entidades públicas ou privadas e por todas as instituições com ação em matéria de infância ou juventude, utilizando o formulário de encaminhamento da família, ou um relatório social e psicossocial (EMDIIP, 2017c). O CAFAP intervém quando estão presentes as seguintes condições: consentimento por parte da família; família disfuncional; o desenvolvimento dos menores está comprometido; a família não impõe ou tem dificuldades em impor regras e limites; situações de divórcio, luto, separação ou conflito.

No CAFAP a intervenção pode ser realizada em três vertentes: Pontos de encontro familiar, onde a criança se encontra com os familiares quando se trata de situações de divórcio ou separação, focando o superior interesse do menor; Reunificação familiar, onde é realizada uma intervenção com a família, possibilitando o regresso do menor ao seu meio familiar; Preservação familiar, quando a intervenção visa fortalecer a dinâmica familiar, minimizando os riscos existentes, possibilitando a sustentabilidade do sistema familiar, de forma a que o mesmo se mantenha inalterado evitando o afastamento da criança do seu meio familiar (EMDIIP, 2017c).

A intervenção no CAFAP pode ser feita através de EP, por meio do treino de competências pessoais, sociais e parentais, pela prevenção de situações de risco ou de perigo, recorrendo assim a apoio psicopedagógico e psicossocial (EMDIIP, 2017c).

Realização da Prática Profissional

O estágio curricular decorreu de 6 de outubro de 2017 a 30 de junho de 2018, tendo três modalidades de intervenção: acompanhamento de casos individuais ou de pequenos grupos relativos a diferentes alterações no desenvolvimento; outra vertente destinou-se ao CAFAP, onde foram acompanhadas famílias de crianças e jovens até aos 18 anos com problemáticas que poem em risco ou até mesmo em perigo os menores. Foram ainda realizadas avaliações de Competências Pré-académicas de 23 crianças com 5 anos, integradas no pré-escolar, resultando estas num projeto de investigação disponível no Anexo A.

Semanalmente, ocorreu uma reunião com a equipa do CLIP e uma reunião de equipa do CAFAP, nas quais estive presente, onde se discutiram casos e estratégias.

1. Acompanhamento Terapêutico Individual

Os estudos de caso C. e V. que se encontram apresentados de seguida, foram escolhidos tendo em conta as suas características individuais, e tiveram em conta a aceitação e cooperação dos pais de ambas as crianças, encontrando-se os consentimentos informados por eles preenchidos nos anexos B e C.

1.1. Estudo de caso C.

A C. foi escolhida como estudo de caso devido a ser uma criança com idade precoce, devido às suas dificuldades visíveis mesmo sem avaliação, nomeadamente a nível motor e de linguagem, e também devido à sua oposição perante a relação a estabelecer comigo.

1.1.1. Caracterização do caso

A C. é uma criança do género feminino, que nasceu no dia 13 de março de 2015, tendo no momento de avaliação inicial 2 anos e 10 meses, com diagnóstico de ADPM realizado pelo pediatra de desenvolvimento. O Encaminhamento para os serviços da EMDIIP foi realizado por parte da sua educadora de infância, após a observação de alterações a nível psicomotor. Vive num apartamento em Oeiras com a sua mãe, no qual possui quarto próprio, mas não o ocupa uma vez que dorme com a mãe. A mãe e o pai têm 40 e 42 anos respetivamente, estando a criança com o seu pai apenas alguns dias da semana (cerca de dois dias). A C. tem duas meias-irmãs, uma de 8 e outra de 12 anos, que vivem com o pai. Como rede de suporte familiar, são apresentados os tios e

avós da C., estando com a criança apenas ao fim-de-semana.

Na anamnese preenchida pela mãe, é considerado que com a família, a criança realiza uma vasta gama de atividades, referindo particularmente o brincar com bonecas e ver desenhos no computador.

A C. tem 2 cães e 1 gato, que segundo a mãe, adora e tem uma relação extremamente boa.

Anteriormente à intervenção por parte da EMDIIP, a C. não tinha acompanhamento terapêutico, e no momento de avaliação inicial, a mãe afirma não possuir preocupações relativamente à criança.

A gravidez foi planeada e desejada por ambos os pais, tendo havido dificuldade na conceção da criança. Durante a gravidez a mãe foi sempre acompanhada, não tendo sido evidenciado qualquer problema ou patologia durante a gestação.

A C. nasceu prematura, por cesariana com anestesia, tendo o trabalho de parto demorado 18 horas. Aquando do nascimento da C., a mãe tinha 38 anos e o pai 39. Tinha 2,800 quilos e 48 centímetros, ficando hospitalizada durante 10 dias, e a mãe durante 8 dias, sendo que nesse período a criança apresentou muitas dificuldades em alimentar-se. A mãe considera que ver a C. pela primeira vez foi um sonho tornado realidade, um milagre.

Após o nascimento, ficou em casa aos cuidados dos pais e avós, sendo essa fase descrita como saudável para a criança, mas de muita ansiedade para a mãe. A C. foi amamentada até aos 4 meses, tendo começado a ingerir alimentos sólidos aos 5 meses.

Atualmente a C. ainda usa chupeta e bebe leite pelo biberon em casa.

Relativamente ao desenvolvimento, a C. começou a gatinhar aos 8 meses, iniciando a marcha aos 2 anos. As primeiras palavras surgiram aos 2 anos e 6 meses, tendo sido a primeira palavra dita “mamã”. Na anamnese a mãe confirma que a criança faz pedidos e compreende ordens, sejam elas simples ou complexas.

A criança apresenta dificuldades em controlar os esfíncteres, utilizando fralda. A mãe refere que a criança já gaguejou, e já deixou de falar, afirmando que com um ano a C. começou a dizer mãe, mas deixou de utilizar essa palavra até cerca dos dois anos e 6 meses. Segundo os dados anamnésicos a criança veste-se e come sozinha.

Relativamente ao sono, a C. dorme aproximadamente 12 horas diárias, tendo um sono calmo.

No que é referente à linguagem, a C. diz ainda poucas palavras, não tendo um discurso inteligível para qualquer pessoa, nem conseguindo manter um diálogo. Comunica com recurso a gestos, gritos e choro, embora olhe para o interlocutor durante a interação comunicativa. A C. responde a perguntas, e sente que fala de forma diferente das outras crianças.

Na anamnese, a mãe considera ainda que a C. é uma criança autónoma, calma, que chora pouco frequentemente, e que tende a concluir as tarefas iniciadas, sendo uma criança confiante. Como medos da C. são referidos os barulhos do secado e do aspirador.

A única doença que a C. teve foi uma otite, aos 2 anos e 6 meses, nunca tendo sofrido qualquer intervenção cirúrgica, nem tomando qualquer tipo de medicação.

Atualmente a C. frequenta uma creche em Oeiras, sendo a relação com os pares e com a educadora descrita como “boa”.

A mãe refere como interesses da criança a pintura, música, livros e plasticina. Como atividades de tempos livres, a C. pratica natação, passa tempo em família no parque, e brinca com os seus animais domésticos.

1.1.2. Calendarização e organização da intervenção

O caso foi encaminhado para o CLIP da EMDIIP em novembro de 2016, a pedido da educadora de berçário, com informação de alteração a nível do desenvolvimento motor, e com pedido de avaliação. Após obtenção da autorização da família, procedeu-se a avaliação da criança, e posteriormente o respetivo acompanhamento por parte dos terapeutas do serviço de Reabilitação Psicomotora da EMDIIP.

Comecei a acompanhar a C. em outubro, momento em que iniciei o estágio na EMDIIP. A avaliação inicial da C. enquanto estudo de caso foi realizada em janeiro, aplicando a *Schedule of Growing Skills II (SGSII)* (Bellman, Lingam e Aukett, 1996) e o *Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2)* (Fowell e Folio, 2000).

Foi também entregue aos pais o documento de recolha de dados Anamnésicos, que foi posteriormente devolvido.

Após esse período de avaliação inicial, foi elaborado, em colaboração com a

família da criança o PAI, tendo este duração de um ano, e reavaliação semestral.

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pela C., as suas sessões decorreram na sala terapêutica da EMDIIP, tendo duração de 45 minutos, duas vezes por semana. Posteriormente as sessões de Reabilitação Psicomotora passaram a decorrer três vezes por semana, e foi introduzida também a terapia da fala uma vez por semana. Devido aos custos das terapias, em abril a mãe pediu que retomássemos as duas sessões por semana de Reabilitação Psicomotora.

As sessões foram planeadas e dinamizadas tendo em conta as dificuldades manifestadas pela criança e os objetivos traçados no plano de intervenção. A empatia foi conseguida com algum custo, uma vez que a C. estava bastante habituada à técnica que a havia acompanhado desde o início do processo de intervenção.

A avaliação final foi realizada durante o mês de junho, aplicando os mesmos instrumentos de avaliação que haviam sido utilizados na avaliação inicial, permitindo assim uma comparação dos resultados.

No total, entre a avaliação inicial e a final, a C. usufruiu de 45 sessões, que ocorreram na fase inicial 3 vezes por semana, e na fase final 2 vezes por semana. O anexo D apresenta uma sessão-tipo da intervenção realizada com a C.

1.1.3. Caracterização e pertinência dos Instrumentos

Segundo Fonseca (2001), a avaliação psicomotora tem como objetivo desenvolver condições favoráveis à facilitação e enriquecimento do potencial de aprendizagem e de adaptação do sujeito avaliado, identificando as áreas fortes e fracas que permite traçar um perfil psicomotor.

Tendo como base as alterações do desenvolvimento da C. e os instrumentos normalmente utilizados pela instituição na qual decorreu o estágio, os instrumentos de avaliação utilizados neste caso foram a *SGSII* (Bellman, Lingam e Aukett, 1996) e o *PDMS-2* (Fewell e Folio, 2000).

Schedule of Growing Skills II - Bellman, Lingam e Aukett, 1996

A *SGSII*, é um instrumento de rastreio de desenvolvimento, destinado a crianças entre os 0 e os 5 anos, que foi desenvolvido com base na escala de desenvolvimento de Mary Sharidan's (Sheridan, 1975).

O *SGSII* é um teste de referência à norma, que apresenta validade e confiabilidade bastante elevadas (Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker, 2013).

É um instrumento de aplicação considerada simples, com duração variável entre 20 e 30 minutos, com um total de 179 itens de resposta dicotómica: ou o avaliador verifica que a criança realiza a habilidade do item, ou não verifica (Bellman, Lingam e Aukett, 1996). Encontra-se organizado segundo normas de idade para cada habilidade e domínio do desenvolvimento, sendo os domínios abrangidos os seguintes: postura passiva, postura ativa, locomoção, manipulação, visão, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia e cognição, sendo esta última extraída das 9 áreas restantes.

Neste instrumento, quando os resultados obtidos pela criança se encontram dentro do esperado para a sua faixa etária, são considerados na média. No caso de os resultados estarem duas ou mais faixas etárias abaixo da idade da criança, é necessária uma avaliação mais profunda, havendo possibilidade de atraso no desenvolvimento (Williams et al., 2013).

Tabela 2 – Domínios do desenvolvimento presentes na *SGSII* e áreas que estes abrangem

Domínio	Área
Capacidades Posturais Passivas	Posição supina Suspensão Ventral Tração para a posição sentada Posição sentado (com apoio do adulto)
Capacidades Posturais Ativas	Decúbito ventral Posição de sentada (sem apoio) Posição de pé (com apoio nas axilas ou ancas)
Capacidades Locomotoras	Movimento e equilíbrio Escadas
Capacidades Manipulativas	Mãos Cubos Desenho Desenho da figura humana
Capacidades Visuais	Função visual Compreensão visual
Audição e Fala	Função de audição Compreensão da linguagem
Fala e Linguagem	Vocalização Linguagem expressiva
Capacidades de Interação Social	Comportamento social Jogo
Capacidades Sociais de Autonomia	Alimentação Higiene pessoal

Com os resultados obtidos, é possível traçar um perfil de desenvolvimento da criança, que permite não apenas uma compreensão simples e rápida do desenvolvimento, mas também a comparação da idade de desenvolvimento em todas as áreas, com os resultados que seriam esperados para os pares da mesma idade. Assim, são evidenciadas as áreas fortes, e as que devem ser mais trabalhadas pela criança (Bellman, Lingam e Aukett, 1996).

Tendo em conta o que fora apresentado, este instrumento foi utilizado no estudo de caso da C. com o objetivo de dar continuidade às avaliações realizadas anteriormente, uma vez que este instrumento tem sido utilizado ao longo do acompanhamento com a criança. Foi utilizado com o intuito de verificar as áreas fortes e menos fortes da C., possibilitando assim que seja traçado um perfil de desenvolvimento, que pode ser comparado com o perfil traçado na avaliação final, que será realizada no final da intervenção.

Este instrumento encontra-se disponível no anexo F.

Peabody Developmental Motor Scales – 2ª Edição - Fewell e Folio, 2000

O PDMS-2, é uma escala de avaliação do desenvolvimento motor infantil, avaliando nomeadamente a motricidade global e fina (Fewell e Folio, 2000). Este instrumento foi criado em 2000 por Fewell e Folio, com o objetivo de detetar precocemente alterações ou atrasos no desenvolvimento motor em crianças, nomeadamente em crianças com paralisia cerebral. Este instrumento é direcionado para crianças entre os 0 e os 71 meses (Fewell e Folio, 2000; Provost, Heimerl e Lopez, 2007).

Encontra-se constituído por itens que se dividem em subescalas, que por sua vez se organizam em componentes (Fewell e Folio, 2000):

- Componente motora global: **reflexos**, avaliando até aos 12 meses a reação da criança aos estímulos do ambiente (ex. reflexo da marcha); **habilidades posturais**, que avalia a capacidade de crianças até aos 71 meses controlarem o equilíbrio (ex: controlo do tronco); **habilidades de locomoção**, aplicado até aos 71 meses para avaliar a capacidade das crianças de moverem (ex. gatinhar); **manipulação de objetos**, aplicável entre os 12 e os 71 meses competências de manipulação de objetos (ex: lançar e agarrar);

- Componente motora fina: **manipulação fina**, que avalia a capacidade de crianças até aos 71 meses utilizarem as suas mãos; **integração visuo-motora**, aplicável até aos 71 meses para avaliar nas crianças as competências percetivas e visuais, necessárias para desempenhar tarefas de coordenação oculo-manual (ex. alcançar).

Os resultados deste instrumento são expressos nos domínios: Quociente Motor Fino (QMF), Quociente Motor Global (QMG) e Quociente Motor Total (QMT).

Deste modo, este instrumento foi utilizado para avaliar a C. uma vez que as dificuldades apresentadas pela criança eram maioritariamente ao nível da motricidade, podendo assim realizar uma avaliação mais precisa e detalhada do que necessita de ser trabalhado, e do que é esperado tendo em conta a sua faixa etária.

Este instrumento encontra-se disponível no anexo G.

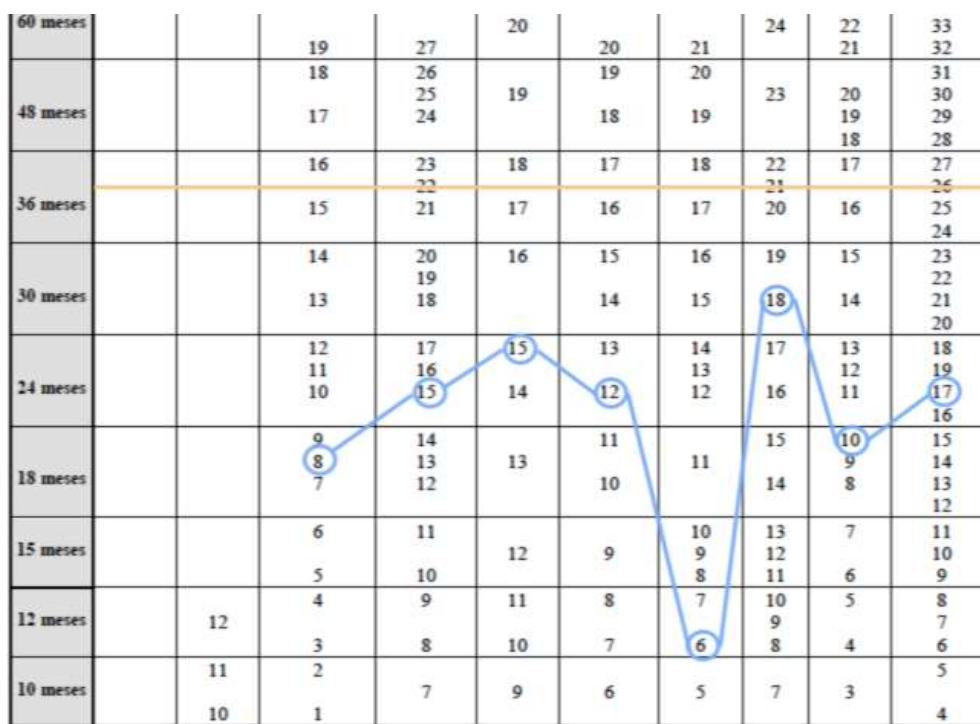
1.1.4. Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada durante o mês de janeiro de 2018, utilizando a *SGSII* e o *PDMS-2*.

Schedule of Growing Skills II - Bellman, Lingam e Aukett, 1996

Os resultados da avaliação da C. recorrendo à escala *SGSII* encontram-se apresentados em seguida, assim como o seu perfil de desenvolvimento, sendo que no momento de avaliação inicial (janeiro) a C. tinha 2 anos e 10 meses, correspondendo a 34 meses.

Tabela 3 - Perfil de desenvolvimento da C. tendo em conta a avaliação realizada pela SGS//



— Idade cronológica da C. no momento inicial (34 meses)

— Perfil de desenvolvimento da C. na avaliação inicial

Figura 2 - Perfil de desenvolvimento da C. tendo em conta a avaliação realizada pela SGS//

Conforme pode ser verificado pela figura 2, a criança apresenta um perfil de desenvolvimento consideravelmente abaixo do que seria espectável para a sua faixa etária. É de salientar, como domínios a desenvolver pela C., as capacidades locomotoras, manipulativas, a audição e fala, a fala e linguagem, e as capacidades de autonomia, e a cognição, sendo o desempenho da C. nestes casos, mais baixo do que nos restantes. Como áreas mais fortes, é de destacar as capacidades visuais e sociais, onde embora sejam consideradas com um nível abaixo do que seria desejado para a sua faixa etária, são aquelas em que a C. apresenta mais capacidades.

No que é referente ao domínio das **capacidades locomotoras**, nomeadamente no que respeita ao movimento e equilíbrio, constatou-se no momento de avaliação inicial que a C. consegue andar sozinha, embora mantenha as pernas afastadas e os braços levantados, procurando manter o equilíbrio. A criança foi também capaz de apanhar objetos do chão sem cair, mas apresentou dificuldades em permanecer em equilíbrio quando necessário mudar a direção da marcha, ou realizar a rotação do tronco enquanto

se encontra na posição bípede. No que se refere à capacidade de subir e descer escadas, a C. manifestou dificuldades na flexão da coxa, implicando dificuldade em realizar a força necessária nos membros inferiores para progredir, desequilibrando-se com frequência. É capaz de subir e descer escadas, dando uma mão ao terapeuta, e apoiando a outra mão na parede, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância). O processo de descida de escadas é considerado mais complexo, uma vez que a C. apresenta bastantes desequilíbrios, sendo exigido um maior apoio por parte do terapeuta.

No que se refere às **capacidades manipulativas**, a C. apresentou capacidade na realização de uma pinça nítida (oposição entre o polegar e o indicador), sendo também capaz de virar várias páginas de um livro em simultâneo e realizar torres com 7 cubos. Em relação ao desenho, a C. apresenta capacidades muito rudimentares, realizando apenas rabiscos.

No que concerne às **capacidades visuais**, a C. manifesta capacidade de apontar com o dedo indicador para objetos ou detalhes de diferentes dimensões, assim como reconhecer detalhes de figuras. É também de referir que na avaliação inicial a C. conseguiu completar o quadro de formas, assim como emparelhar 2 cores.

Em relação ao domínio de **Audição e Fala**, a C. revelou-se bastante competente a nível das suas capacidades de compreensão, nomeadamente de cumprir instruções. Reconhece em si e nos outros diferentes partes do corpo, assim como compreende funções de objetos representados em figuras.

No que respeita ao domínio de **Fala e Linguagem**, a C. apresenta dificuldades. Realiza vocalizações e gestos (apontar, sim e não) como forma de comunicação. Segundo a mãe, em casa a C. diz algumas palavras como “água” e “sim”, mas em contexto terapêutico e escolar essas palavras não foram verificadas, sendo ouvido com frequência “não”, e outras vocalizações simples.

Relativamente ao domínio de **Interação Social**, a C. não apresenta dificuldades na relação com os pares, reagindo bem à interação destes, e manifestando comportamentos adequados para a faixa etária. Em relação ao jogo, a criança brinca maioritariamente sozinha, embora comece a ser ela própria a procurar os colegas para interagir com eles, partilhando brinquedos.

No que se refere ao domínio de **Autonomia**, a C. come sozinha utilizando a

colher, mas ainda não dá sinal ou identifica as suas necessidades fisiológicas.

O domínio de **Cognição** resulta da combinação de alguns itens dos domínios de capacidades manipulativas, capacidades visuais e de interação. Neste domínio a C. apresenta um resultado bastante abaixo do esperado para a sua faixa etária.

Peabody Developmental Motor Scales - Fewell e Folio, 2000

O *PDMS-2* é uma escala de avaliação da motricidade global e da motricidade fina. Os resultados obtidos pela aplicação desta escala encontram-se descritos na tabela e figura que se seguem:

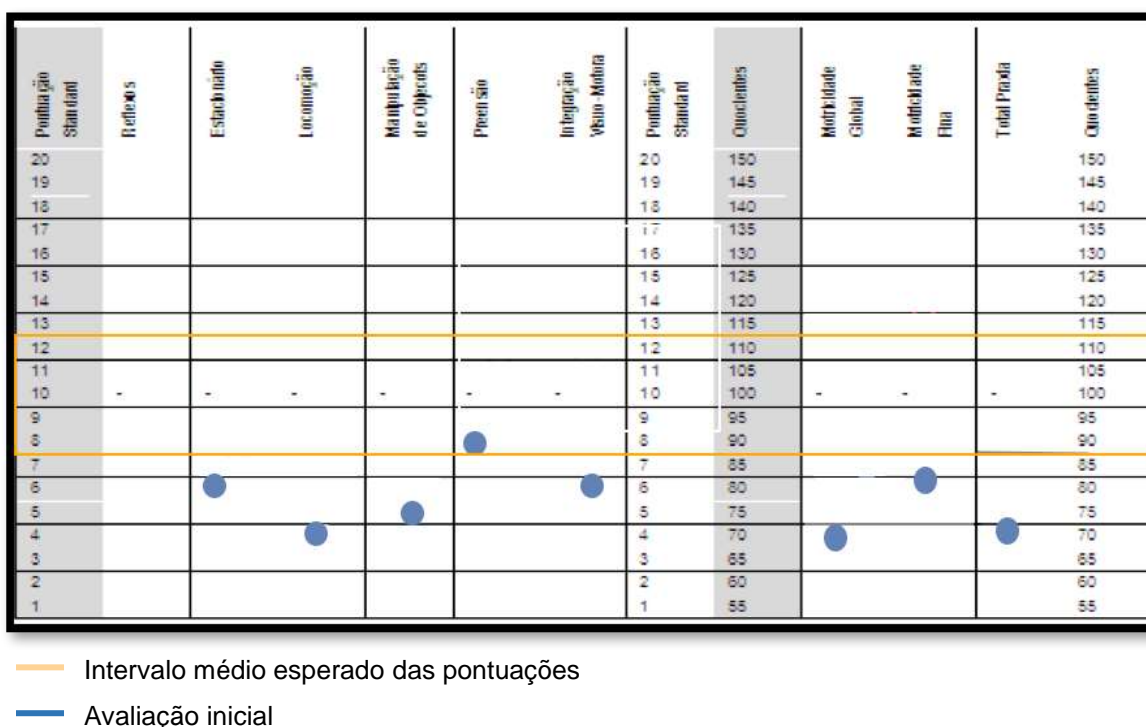


Figura 3 - Resultados da avaliação da C. recorrendo à *PDMS-2*

Tal como é possível observar na figura 3, quer a nível da motricidade grossa como da fina, a C. apresenta resultados maioritariamente fora do intervalo desejado tendo em consideração a sua faixa etária. O domínio no qual a C. apresenta maiores dificuldades é a Motricidade Global, embora também no domínio de Motricidade Fina se encontre abaixo do intervalo esperado.

A área mais forte da C. é a prensão, e as áreas que mais necessitam de ser melhoradas são a locomoção e a manipulação de objetos.

Tabela 4 - Perfil das pontuações obtidas pela C. segundo o PDMS-2 na avaliação inicial

PDMS-2	Valores Brutos	Idade Equivalente	%	Valores Standard		
Reflexos	----	----	----	----	----	----
Parado	37	14	9	6		6
Locomoção	92	19	2	4		4
Manipulação de objetos	12	18	5	5		5
Agarrar	42	20	25		8	8
Integração Visuo-motora	91	23	9		6	6
Soma dos Standard				15	14	29
				GMQ	FMQ	TMQ
Quocientes				68	82	71
Percentagem				1	12	3

Realizando uma avaliação qualitativa, é possível verificar que a C. apresenta dificuldade em todos os domínios avaliados por esta escala. A escala encontra-se organizada em duas subescalas: Motricidade Global e Motricidade Fina. Os dados serão analisados tendo em conta os valores standard, sendo que quando estes variam entre 1 e 7, são considerados abaixo da média, entre 8 e 12 são considerados na média, e os domínios que tiverem valores standard entre 13 a 20 são considerados acima da média.

O **domínio dos Reflexos** não foi analisado, uma vez que é aplicado apenas até aos 11 meses, e no momento de avaliação inicial a criança tinha 34 meses.

No que é referente ao domínio **Parado**, que avalia a capacidade de a criança manter o equilíbrio, a C. é capaz de levantar-se para uma posição de sentada e manter-se ajoelhada entre 2 a 4 segundos, não conseguindo ainda permanecer apoiada apenas num pé. A criança obteve um valor standard de 6, sendo este considerado abaixo da média tendo em conta a sua faixa etária.

No domínio que é dedicado à avaliação da capacidade da criança se mover de um espaço para o outro, **Locomoção**, a C. demonstrou ser capaz de dar 2 a 4 passos para trás e dar alguns passos para os lados, não sendo ainda capaz de andar em cima de uma linha ou saltar para a frente sem perder o equilíbrio, obtendo um Standard de 4, considerado abaixo do desejado para a faixa etária na qual se encontra a criança.

O último domínio englobado na subescala de Motricidade Global, **Manipulação de objetos**, avalia a capacidade de a criança manipular objetos, sendo a C. capaz de

chutar uma bola embora com desvios maiores que 45°, e de lançar uma bola para a frente e por cima, embora por uma curta distância. A C. ainda não consegue apanhar uma bola que lhe seja lançada, ou lançar uma bola numa distância superior a 60 cm. Neste domínio a criança obteve um valor standard de 5, sendo mais uma vez abaixo do desejável para a sua faixa etária.

Relativamente à subescala de Motricidade fina, no **domínio Agarrar** que avalia o uso das mãos e a coordenação dos dedos ao agarrar objetos, a C. demonstrou que consegue agarrar 2 cubos utilizando apenas uma mão, ou agarrar um marcador, embora ainda não mantenha o polegar e o 1º dedo em contacto com o papel e os restantes á volta do marcador. Neste domínio, a C. demonstrou ainda não ser capaz de desabotoar ou abotoar botões. Tendo em conta estas competências, a C. obteve num valor standard de 8, considerado dentro da média esperada para a faixa etária na qual a criança se encontra.

No outro domínio desta subescala, **Integração Visuo-Motora**, que se destina a avaliar as capacidades das crianças na utilização das competências perceptivo-visuais, na coordenação óculo-manual complexa, a C. foi capaz de construir uma torre com 6 cubos, e inserir formas nos devidos lugares. Ainda não consegue imitar traços verticais, fazer uma torre com 8 cubos ou recortar com uma tesoura. O valor *standard* obtido pela C. foi de 6, sendo este considerado mais uma vez abaixo da média esperada para a sua faixa etária.

Por sua vez, os Quocientes serão avaliados tendo em conta a sua cotação, sendo que os valores entre 35 e 89 são considerados abaixo da média, **entre 90 e 110 são considerados na média**, e acima de 120 são acima da média esperada tendo em conta a faixa etária.

No presente caso a C. apresenta o Quociente de Motricidade Global (GMQ) 68, sendo considerada abaixo da média esperada para a sua faixa etária. Relativamente ao Quociente de Motricidade Fina (FMQ), o valor apresentado pela criança é 82, sendo este também considerado abaixo do que seria desejável. Tendo em conta os resultados apresentados pelos Quocientes de Motricidade Global e Fina, o Quociente de Motricidade Total é consequentemente influenciado, apresentando o valor de 71, sendo a motricidade da criança avaliada no geral como abaixo da média esperada para a sua faixa etária.

Síntese das Avaliações

Na tabela que se segue, encontra-se a combinação das áreas fortes e das áreas a desenvolver pela C. tendo em conta os dois instrumentos de avaliação utilizados.

Tabela 5 - Quadro síntese das avaliações obtidas através dos instrumentos SGSII e PDMS-2

	SGSII	PDMS-2	Combinação das Avaliações
Áreas Fortes	Visual; Social	Preensão	Capacidades Visuais; Competências Sociais; Capacidade de preensão
Áreas a Desenvolver	Locomoção; Manipulação; Audição e Fala; Fala e Linguagem; Autonomia	Parado; Locomoção; Manipulação; Integração Visuo-motora	Locomoção; Manipulação; Equilíbrio; Linguagem verbal; Integração Visuo-motora; Capacidade de autonomia

Tendo em conta que a *SGSII* é utilizada como forma avaliação mais geral, avaliando várias áreas do desenvolvimento, e verificando que segundo essa mesma avaliação, as principais dificuldades da C. são a nível das capacidades motoras, foi importante a aplicação do *PDMS-2*, com o objetivo de avaliar mais aprofundadamente essas mesmas áreas.

Tal como é possível constatar através da observação da tabela 4, as áreas relativas à motricidade consideradas a desenvolver com base na avaliação da *SGSII*, são confirmadas pela avaliação através do *PDMS-2*, nomeadamente a área da Locomoção, Manipulação, sendo este ultimo instrumento mais específico e detalhado, aborda também o equilíbrio estático, denominando-o “Estacionário”.

É importante referir que estas áreas consideradas fortes e a desenvolver, foram elaboradas tendo apenas em conta as avaliações formais dos instrumentos, não incluindo outros fatores observados ao longo das sessões, que não foram avaliados com base em nenhum instrumento específico.

1.1.5. Plano de Intervenção

Após a finalização da avaliação, e com base nesses resultados, nos dados recolhidos através da anamnese, e na interação com a criança, é de salientar algumas características referentes à C, nomeadamente a sua personalidade bastante vincada,

marcada pela com ideias muito vincadas e difíceis de alterar, o pouco recurso à palavra, a grande tendência à utilização de gestos como forma de expressão, e a marcha bastante comprometida. A C. é ainda uma criança bastante carinhosa e meiga quando confia no adulto, possui uma boa relação com os pares, e é uma criança superprotegida por parte da sua progenitora.

Do ponto de vista do perfil intra-individual, com base nas avaliações e na interação com a criança, foi possível traçar as áreas fortes e as áreas a desenvolver pela C., tal como se encontra expresso na tabela 5.

Tabela 6 - Perfil intra-individual da C..

Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Linguagem Compreensão	Linguagem Verbal
Linguagem expressiva não verbal	Motricidade Fina
Capacidades Visuais	Motricidade Global

a) Objetivos

Tendo em consideração a avaliação inicial da C. e as suas dificuldades, foi elaborado um plano de intervenção, visando atingir os objetivos num período de 6 meses.

Tabela 7 - Objetivos a serem atingidos pela C.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Melhorar a Motricidade Global	Desenvolver o equilíbrio dinâmico	Ser capaz de andar, reduzindo a abertura lateral dos braços para manter o equilíbrio em pelo menos 4 passos consecutivos; Subir e descer escadas sem alternância de pés, apenas com apoio de um dos lados em pelo menos 4 degraus consecutivos; Caminhar 1 metro em cima de uma linha, mantendo o equilíbrio; Ser capaz de manter o equilíbrio enquanto transporta objetos de média a grande dimensão numa distância de 2 metros; Executar a flexão da coxa para passar por cima de obstáculos, mantendo o equilíbrio no apoio fixo, realizando corretamente o exercício;

		Caminhar em cima da barra apenas com apoiando-se com uma mão no adulto, sem se desequilibrar em 5 passos consecutivos.
	Melhorar o equilíbrio estático	Ser capaz de realizar atividades que não envolvam a marcha, sem necessitar de se apoiar em nada e sem se desequilibrar; Manter-se de pé, apoiando-se em apenas um dos pés durante 2 segundos; Permanecer 5 segundos de joelhos, mantendo o equilíbrio.
	Melhorar as habilidades manipulativas	Lançar uma bola na direção do adulto, podendo o movimento ser realizado por baixo ou por cima.
Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar a capacidade de pinça	Realizar 8 enfiamentos de missangas num cordel apropriado; Ser capaz de desenroscar a tampa de uma garrada, removendo-a desse modo; Colocar 5 pinos na placa de encaixe, sem desistir; Colocar num recipiente pequeno 10 pinos, 1 de cada vez; Ser capaz de pegar num marcador, e imitando o adulto, realizar riscos verticais; Desabotoar 2 botões de dimensão considerada grande em cada 5 tentativas.
Promover a Linguagem Expressiva	Aumentar o vocabulário e a frequência com que este é utilizado	Utilizar pelo menos 5 palavras com intencionalidade e significado.

b) Estratégias Específicas

Com o objetivo de atingir os objetivos traçados para a C., foram usadas algumas estratégias facilitadoras;

- Estabelecer proximidade com os pares, para que a C. procurasse interagir comigo;
- Servir de exemplo/modelo nas atividades;
- Utilizar facilitadores da relação terapêutica, nomeadamente a empatia, imparcialidade e disponibilidade;
- Recorrer ao colo ou abraço como forma de motivação para as atividades;

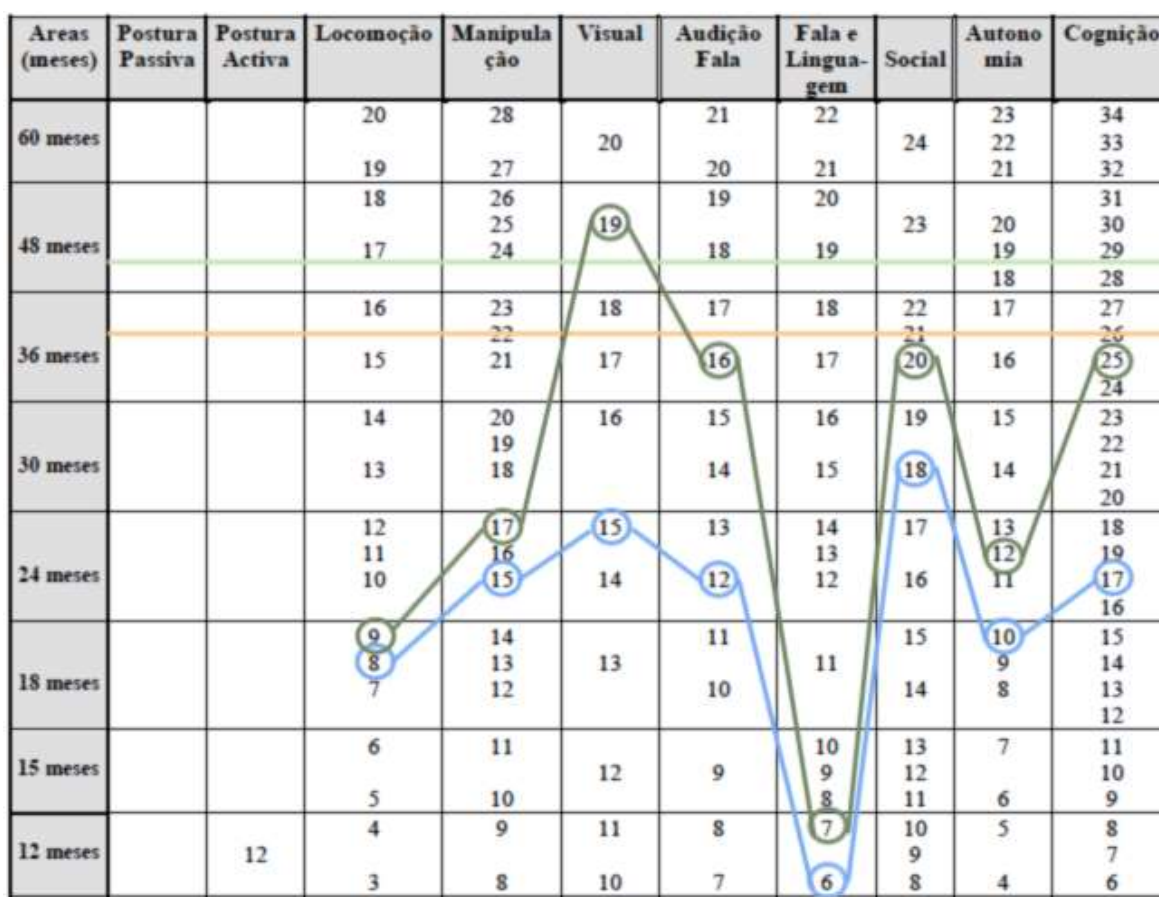
- Utilizar os interesses da criança para alcançar os objetivos traçados.

1.1.6. Avaliação Final

A avaliação final foi realizada no mês de junho e julho de 2018, utilizando a *SGSII*, e o *PDMS-2*, tal como na avaliação inicial.

Schedule of Growing Skills II - Bellman, Lingam e Aukett, 1996

Seguidamente, encontra-se apresentada a comparação dos resultados obtido na avaliação inicial e final, com recurso à escala *SGSII*. No momento da avaliação inicial (janeiro) a C. tinha 2 anos e 10 meses, correspondendo a 34 meses. Na avaliação final, a criança tinha 3 anos e 4 meses, correspondentes a 40 meses.



- Idade cronológica da C. na avaliação inicial (34 meses)
- Perfil de desenvolvimento da C. na avaliação inicial
- Idade cronológica da C. na avaliação final (40 meses)
- Perfil de desenvolvimento da C. na avaliação final

Figura 4- Comparação dos perfis de desenvolvimento inicial vs final da C. tendo em conta a avaliação realizada pela *SGSII*.

Tal como é possível observar, embora o perfil de desenvolvimento da C. continue

a ser maioritariamente considerado abaixo da média esperada, são visíveis alterações positivas nos diversos domínios, que não se explicam apenas pelo efeito da intervenção, mas também com o aumento da idade da criança.

No que se refere ao domínio Locomoção, verificaram-se melhorias na marcha, conseguindo a C. andar de forma mais adequada, iniciar e parar a marcha, e virar esquinas. Ainda não consegue correr com confiança nem saltar. No que se refere a subir e descer escadas, a criança necessita da ajuda do adulto, que lhe dá a mão. Sobe e desce escadas com ajuda, e sem alternância de pés.

Também no domínio de Capacidades Manipulativas, verificaram-se alterações positivas, nomeadamente a nível do desenho, onde já foi capaz de realizar rabiscos circulares e imitar linhas verticais, que na avaliação inicial não conseguia.

O domínio de Capacidades Visuais foi o que sofreu melhorias mais significativas, estando dentro do que seria esperado tendo em conta a faixa etária da C.. A criança demonstrou já ser capaz de emparelhar os 10 cartões de cores, não conseguindo ainda cooperar no teste formal de visão, uma vez que não identifica as letras iguais.

Relativamente ao domínio de Audição e Fala, verificaram-se também alterações positivas, embora continue a ser considerado abaixo da média esperada para a sua faixa etária, na avaliação final a pontuação obtida aproximou-se bastante do que seria desejável tendo em conta a sua faixa etária. A C. já compreende as preposições e adjetivos relacionados com a dimensão, mas ainda não compreende negativos, nem cumpre uma ordem de duas instruções.

O domínio de Fala e Linguagem continua a ser a área mais fraca da C., mesmo com as sessões de Reabilitação Psicomotora e de Terapia da Fala. A C. não é capaz de imitar sons como tossir, ou outro tipo de sons. No momento da avaliação final utiliza cerca de 5 palavras com significado.

No que é referente às capacidades de Interação Social, voltou a ocorrer uma ligeira melhoria, aproximando o valor obtido daquele que seria esperado para a sua faixa etária. A C. brinca com as outras crianças partilhando brinquedos, consegue chutar uma bola grande embora numa curta distância, participa em jogos de regras e cooperação, e sabe aguardar a sua vez para intervir no jogo.

No domínio de Autonomia, voltam a verificar-se algumas melhorias, uma vez que a nível da alimentação a C. já come de garfo e faca, apenas com pequena ajuda do

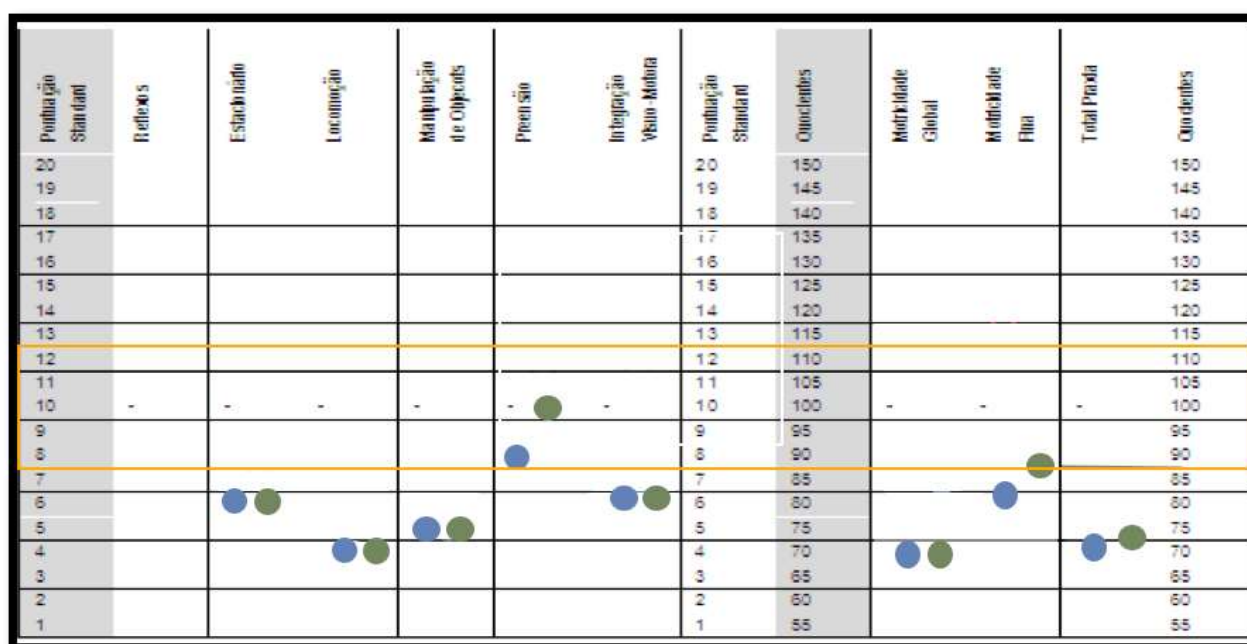
adulto. A nível de higiene, embora já lhe tenha sido retirada a fralda, a C. continua sem dar sinal quando está molhada, e sem antecipar a necessidade de ir à casa de banho, sendo que é o adulto quem tem de mandá-la ir com frequência, evitando assim acidentes.

Na cognição, que resulta da combinação de itens dos restantes domínios, verificou-se uma alteração positiva bastante significativa, aproximando-se muito do valor que seria esperado para a sua faixa etária. Dos diversos itens avaliados, é de salientar que a C. foi capaz de realizar torres com mais de 7 cubos, realizar rabiscos circulares e copiar traços verticais, conseguindo também emparelhar os 10 cartões de cores.

É deste modo possível concluir que o perfil de desenvolvimento da C. evoluiu positivamente ao longo do período do processo de intervenção.

Peabody Developmental Motor Scales - Folio e Fewell, 2000

A comparação dos resultados obtidos pela aplicação desta escala no momento da avaliação inicial (34 meses) e na avaliação final (40 meses) encontram-se descritos na figura e na tabela que se seguem.



- Intervalo esperado das pontuações
- Avaliação inicial
- Avaliação Final

Figura 5 - Perfil das pontuações obtidas pela C. segundo o PDMS-2 na avaliação inicial vs avaliação final

Tal como é possível verificar recorrendo à figura 5, em algumas áreas são verificadas melhorias evidentes, principalmente a nível da preensão. Recorrendo à tabela 9 é possível constatar melhorias na prestação da C não apenas devido ao aumento da idade da criança, mas no meu ponto de vista, também como resultado da intervenção.

De forma mais geral, é possível verificar uma manutenção a nível da motricidade global, e uma melhoria a nível da motricidade fina, passando este domínio a ser considerado dentro do intervalo esperado para a faixa etária da C.

Tabela 8 – Comparação dos resultados da avaliação inicial da C. vs avaliação final, recorrendo à PDMS-2

PDMS-2 Avaliação	Valores Brutos		Idade Equivalente		%		Valores Standard					
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Reflexos	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Parado	37	38	14	18	9	9	6	6			6	6
Locomoção	92	94	19	20	2	2	4	4			4	4
Manipulação de objetos	12	17	18	22	5	5	5	5			5	5
Agarrar	42	46	20	40	25	50			8	10	8	10
Integração Visuo-motora	91	96	23	25	9	9			6	6	6	6
Soma dos Standard							15	15	14	16	29	31
							GMQ	GMQ	FMQ	FMQ	TMQ	TMQ
Quocientes							68	68	82	88	71	74
Porcentagem							1	1	12	21	3	4

Tal como verificado na avaliação inicial, a C. apresenta dificuldade em todos os domínios avaliados por esta escala quer na subescala de Motricidade Global, quer na de Motricidade Fina, voltando a ser realizada uma avaliação qualitativa, onde os dados serão analisados tendo em conta os valores *standard*, sendo que quando estes variam entre 1 e 7, são considerados abaixo da média, entre 8 e 12 são considerados na média, e os domínios que tiverem valores standard entre 13 a 20 são considerados acima da média.

À semelhança do que ocorreu na avaliação inicial, o **domínio dos Reflexos** voltou a não ser avaliado.

Em relação ao **domínio Parado**, a C. foi capaz de manter-se ajoelhada durante 5 segundos, não conseguindo ainda permanecer apoiada apenas num pé. A pontuação

obtida corresponde a um valor standard de 6, tal como na avaliação inicial, sendo este considerado abaixo da média tendo em conta a sua faixa etária.

No domínio **Locomoção**, a C. demonstrou ser capaz de andar para os lados, e andar para trás mais do que 30cm, conseguindo também dar 1 a 2 passos para a frente em cima de uma linha, sem tocar com os calcanhares na ponta dos dedos. A C. ainda não consegue subir escadas alternando os pés, mesmo com ajuda. Tal como na avaliação inicial, obteve um valor standard de 4, sendo este considerado abaixo da média para a sua faixa etária.

Na **Manipulação de objetos**, último domínio da Motricidade Global, a C. é capaz, e lançar uma bola por cima, embora numa curta distância. Consegue também chutar uma bola, sem que esta se desvie mais do que 20° da direção desejada. A C. não foi ainda capaz de apanhar uma bola que foi lançada na sua direção, ou lançar uma bola numa distância superior a 60 cm. Neste domínio a criança obteve novamente um valor standard de 5, sendo mais uma vez abaixo do desejável para a sua faixa etária.

No que se refere à subescala de Motricidade fina, no **domínio Agarrar**, a C. demonstrou que consegue agarrar um marcador com o polegar e a ponta do 1º dedo, ficando o marcador encostado à primeira junção do dedo do meio. Neste domínio, a C. demonstrou ainda não ser capaz de desabotoar ou abotoar botões, ou tamborilar no tempo exigido pelo instrumento. Deste modo, a C. obteve um valor standard de 10, melhorando comparativamente à avaliação inicial, sendo o valor considerado dentro da média esperada para a faixa etária na qual a criança se encontra.

Na **Integração Visuo-Motora**, o outro domínio desta subescala, a C. demonstrou-se capaz de construir uma torre com 8 cubos, e já faz tentativas de recortar com uma tesoura. Ainda não consegue imitar traços horizontais. O valor standard obtido pela C. foi de 6 tal como na avaliação inicial, voltando este domínio a ser abaixo da média esperada para a sua faixa etária.

Nos diversos domínios, é possível verificar melhorias em itens isolados, embora nos domínios no geral essas melhorias nem sempre sejam verificadas.

Os Quocientes serão mais uma vez analisados a partir da sua cotação, sendo que os valores entre 35 e 89 são considerados abaixo da média, entre 90 e 110 são considerados na média, e acima de 120 são considerados acima da média esperada tendo em conta a faixa etária.

No que se refere aos Quocientes avaliados por este instrumento, o Quociente de Motricidade Global (GMQ) da C. na avaliação final foi de 68, sendo deste modo a motricidade global da C. considerada abaixo da média esperada para a sua faixa etária. Em relação ao Quociente de Motricidade Fina (FMQ) o valor apresentado pela criança é de 88, sendo este também considerado abaixo do que seria desejável tendo em conta a faixa etária da C., mas já bastante próximo do limite para o que seria considerado na média. Tendo em conta os resultados apresentados pelos Quocientes de Motricidade Global e Fina, o Quociente de Motricidade Total é consequentemente influenciado, apresentando o valor de 74, sendo a motricidade da criança avaliada no geral como abaixo da média esperada para a sua faixa etária.

À exceção do domínio Agarrar no qual a prestação da C. equivale a 40 meses, em todos os domínios a C. apresentou um comportamento típico de faixas etárias bastantes inferiores à sua, variando entre os 18 e os 25 meses.

As principais melhorias não foram identificadas pelas escalas, mas sim pelo testemunho da educadora e da família, nomeadamente em termos da marcha e autonomia da C.

1.1.7. Reflexão/ Discussão de Resultados do caso C.

Tendo em conta os instrumentos de avaliação utilizados, é possível perceber que embora tenham havido bastantes melhorias em vários itens isolados, a C. continua a ter um desenvolvimento bastante abaixo do que seria esperado para a sua faixa etária, na maioria dos domínios.

Segundo a *SGSII*, as áreas menos fortes da C. no momento da avaliação final eram a Locomoção, Manipulação, Fala e Linguagem e Autonomia, tal como seria espetável segundo Shevell (1998), tendo em conta o diagnóstico de ADPM. O domínio de Fala e linguagem, embora tenha sido também alvo de objetivos e intervenção pela parte da Realbilitação Psicomotora, foi essencialmente trabalhado nas sessões de Terapia da Fala, mantendo ainda assim uma prestação bastante desfasada da que seria esperada, à semelhança do que se verificou no estudo de Santos, Seixas e Picalho (2017), no qual uma criança com o mesmo diagnóstico também apresentou maiores dificuldades no âmbito da linguagem, mesmo após intervenção. O domínio de autonomia, tem sido trabalhado durante as sessões, embora na sala terapeutica nem sempre seja possível trabalhar esses parâmetros, sendo também bastante insistido

quer pela educadora, quer pela família da C.. Os domínios de locomoção e manipulação foram alguns dos objetivos a trabalhar na intervenção, tendo sido verificadas melhorias que contudo não são consideradas suficientes tendo em conta o que seria expectável para a faixa etária da criança, sendo que os itens seguintes que a escala avalia, são extremamente exigentes (e.g. saltar), podendo existir outros itens a separar estas duas aquisições motoras, podendo isto ser considerado, no meu ponto de vista, um ponto fraco da escala. Para melhor compreender as dificuldades da C. nesses domínios, o Peabody Developmental Motor Scale esclareceu que as maiores preocupações são a Locomoção e a Manipulação de objetos, sendo que a Motricidade Global é a que se encontra mais afetada.

O perfil de desenvolvimento da C. evoluiu de forma heterocrónica, o que nos permite constatar que as melhorias verificadas não são derivadas apenas do fator temporal, mas são também resultado da intervenção. As áreas que sofreram melhorias mais evidentes foram a Manipulação, Visual, Audição e Fala, Social, Autonomia e Cognição, sendo que também nos restantes domínios foram registadas melhorias. Isto vai ao encontro dos objetivos traçados no projeto terapêutico da C.

As melhorias alcançadas nos domínios Visual, Social, de Autonomia e de Cognição, devem-se possivelmente às melhorias alcançadas nos restantes domínios, que foram alvo de intervenção mais direcionada, e com objetivos traçados.

Segundo o *PDMS-2*, as melhorias foram essencialmente no domínio da motricidade fina, nomeadamente na preensão/ agarrar, tendo este sido um dos objetivos trabalhados com a C. ao longo das sessões, tendo sido considerado como bem sucedido.

Nos domínios Parado, Locomoção, Manipulação de Objetos e Integração Visuomotora, embora o desempenho da C. tenha sido melhorado e tenham sido alcançadas algumas conquistas que eram tidas como objetivo, estes domínios permaneceram abaixo do que seria desejável para a sua faixa etária, mantendo os mesmos valores *standard* que na avaliação inicial. Excluindo o domínio Agarrar, em todos os domínios a C. apresentou um comportamento típico de faixas etárias bastantes inferiores à sua, variando entre os 18 e os 25 meses.

É deste modo possível concluir que embora sejam observadas melhorias nas capacidades ao longo da intervenção, o grau de exigência e o número de itens exigidos também aumenta uma vez que a idade da criança aumenta, o que justifica a

manutenção dos valores standard em muitos dos domínios. O domínio mais forte da C. foi o Agarrar, no qual em ambas as avaliações a criança adquiriu uma pontuação considerada dentro do intervalo médio esperado para a sua faixa etária.

Realizando uma reflexão geral da intervenção, é possível constatar que esta teve bastante impacto na vida da C., não apenas no contexto escolar, mas também familiar, uma vez que segundo o relato da mãe e da educadora, a criança melhorou também as suas capacidades de autonomia na vida quotidiana. As conquistas da C. no domínio da Linguagem foram preponderantes para as melhorias de âmbito social, uma vez que a criança passou a conseguir comunicar de forma mais autónoma com os pares, aumentando assim a interação da C. com estes. As melhorias no âmbito da Linguagem foram também fundamentais para a autonomia da C., uma vez que esta passou a conseguir fazer pedidos nomeadamente quando queria ir à casa de banho. Importantes para a autonomia, foram também as melhorias alcançadas a nível da marcha, passando a C. ter capacidade de acompanhar os colegas nomeadamente nas atividades de ginástica da creche. Relativamente à motricidade fina, a C. melhorou consideravelmente as suas competências, sendo essa evolução notória também nos trabalhos de mesa realizados no contexto escolar, nomeadamente em atividades com plasticina, de encaixes ou de enfiamentos.

Ao longo da intervenção, foram alcançados muitos dos objetivos que haviam sido traçados. Embora a C. continue com dificuldades em quase todos os domínios, tendo em conta os resultados da intervenção, é possível concluir que ainda não tem um desenvolvimento expectável para a sua faixa etária, mas possui um grande potencial de evolução, sendo que com a continuidade da intervenção os benefícios serão cada vez mais evidentes e as dificuldades cada vez mais reduzidas, permitindo, maior integração nas brincadeiras com os pares.

1.2. Estudo de caso V.

O V. foi escolhido como estudo de caso, pois acompanhei desde início todo o processo de intervenção, desde a referenciação do mesmo, podendo assim ser uma grande aprendizagem se o acompanhasse de forma mais chegada e pormenorizada.

1.2.1. Caracterização do caso

O V. é uma criança do género masculino, nascida dia 4 de setembro de 2013,

tendo no momento de avaliação inicial 4 anos e 5 meses. O encaminhamento foi proposto pela educadora, tendo em conta as queixas do comportamento do V., tendo os pais concordado uma vez que apresentam o mesmo tipo de queixas em relação ao comportamento da criança. Os principais desafios são o momento das refeições e a teimosia do V..

Reside num apartamento no concelho de Oeiras com o pai e a mãe, de 39 e 34 anos respetivamente e o irmão recém-nascido. No momento inicial de intervenção, a mãe estava grávida, tendo o irmão do V. nascido durante a intervenção. Como animais de estimação, a família tem um cão e um peixe, e a relação do V. com estes é descrita como “boa”.

A família apresenta uma boa rede de suporte, reforçando o apoio dos avós e dos tios que estão com a criança 2 a 3 vezes por semana. Em família, o V. realiza diversas atividades, nomeadamente ir à praia, ao parque e a convívios.

Em relação ao período pré-natal, segundo os dados anamnésicos, esta foi a primeira gravidez da mãe, tendo a criança sido desejada, mas não planeada. A mãe foi acompanhada ao longo da gravidez, não tendo ocorrido complicações consideradas graves. Foi ainda revelado que durante a gravidez a mãe manteve os seus hábitos tabágicos, apresentou problemas emocionais e teve gripe, recorrendo a fármacos durante esse período. Quando o V. nasceu, a mãe tinha 29 anos e o pai 34. O parto foi de cesariana com anestesia, e durou cerca de 30 minutos. A criança nasceu com 2,060 quilos, 47 centímetros de comprimento, e 36 centímetros de perímetro cefálico. O Índice de Apgar foi de 8 e 10, ao primeiro e quinto minuto respetivamente. A criança e a mãe permaneceram no hospital 3 dias, indo de seguida para casa onde a criança ficou ao cuidado dos pais, que referem que quando viram o V. pela primeira vez sentiram uma felicidade extrema.

No que se refere à alimentação, a mãe do V. não amamentou. Os alimentos sólidos foram introduzidos quando o V. tinha 1 ano, momento em que deixou de usar o biberão. O V. usou chupeta até aos 3 anos.

O V. começou a conseguir sentar-se sozinho aos 5 meses, gatinhou aos 9 meses e iniciou a marcha com 15 meses. Começou a falar aos 3 meses, e a primeira palavra que disse foi “luz”.

No momento de preenchimento da Anamnese (maio de 2018), o V. ainda

apresentou dificuldades em controlar os esfíncteres. Foi também referido que até aos 3 anos, em momentos de maior excitação, o V. tinha tendência a gaguejar.

O V. teve varicela aos 9 meses, otite aos 11 meses e escarlatina aos 4 anos.

Possui quarto próprio, no qual dorme sozinho desde os 4 meses. Dorme cerca de 11 a 12 horas por dia.

Atualmente o V. é bastante autónomo, come e veste-se sozinho, tendo ajuda apenas para tomar banho.

A nível verbal, o V. tem um discurso inteligível para todos, e tem a capacidade de manter diálogos bastante longos, mantendo o contacto visual com o interlocutor, respondendo e fazendo perguntas.

Na anamnese preenchida pelos pais, o V. é descrito como uma criança atenciosa, brincalhona, carinhosa e criativa, com momentos onde é calmo, noutros mais agitado. É bastante atento, mas também distraído, teimoso, confiante, gosta de comunicar, conclui as tarefas que inicia, e é uma criança que chora pouco. Tem medo do escuro e das alturas.

O V. frequenta o pré-escolar numa creche em Oeiras, não apresentando dificuldades de aprendizagem. A relação com a escola é considerada “ótima”, e com os pares e a educadora “boa”.

Em reunião com a educadora, esta apresenta como principais queixas as birras do V., com recurso a choro exagerado, pontapés, raiva, teimosia e até agressividade.

Como interesses da criança são apresentados os Legos, livros, jogos, desenhos animados, ninjas e *Star Wars*. Como atividades de tempos livres, o V. pratica desporto, brincadeira livre, passa tempo em família e com os seus animais domésticos.

Assim, a família considera como comportamentos particulares o facto de o V. urinar nas cuecas, e a impulsividade face às contrariedades, sendo que a educadora aborda essa mesma impulsividade e as birras manifestadas, sendo esses considerados fatores de risco. Como fatores de proteção é de destacar a boa relação da criança quer com os pares quer com os adultos, a proximidade com a família mais alargada, e o apoio familiar, assim como a cooperação por parte da creche e da educadora.

Deste modo, tendo em conta as dificuldades da família e da educadora em lidar com o V., a intervenção foca-se não apenas na criança, mas sim em todos os

intervenientes anteriormente abordados, realizando reuniões com os pais, assim como com a educadora, ajudando-os a identificar as melhores estratégias a adotar, permitindo assim a na melhoria dos comportamentos do V.

1.2.2. Calendarização e organização da intervenção

O caso foi encaminhado para o CLIP da EMDIIP em novembro de 2017. Foi realizada uma reunião com os pais, na qual participei, onde estes apresentaram as suas preocupações e objetivos, assim como uma breve apresentação do caso e historial do mesmo. Seguidamente, procedeu-se a uma observação e avaliação inicial da criança durante duas sessões individuais e duas sessões de pares, com o objetivo de melhor compreender as dificuldades e áreas fortes da criança, aplicando para tal a *SGSII* (Bellman, Lingam e Aukett, 1996), e a *escala Preschool and Kindergarten Behavior Scales (PKBS)* (Merrell, 2002).

Foi também entregue aos pais o documento de recolha de dados Anamnésicos, tendo este sido devolvido apenas em maio de 2018.

Após esse período de avaliação inicial, foi elaborado, em colaboração com a família da criança o PAI, tendo este duração de um ano, e reavaliação semestral.

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pelo V., pela família e pela educadora, as sessões com o V. decorreram a pares, na sala terapêutica da EMDIIP, tendo duração de 45 minutos, uma vez por semana.

As sessões foram planeadas e dinamizadas tendo em conta as dificuldades manifestadas pela criança e os objetivos traçados no plano de intervenção. A empatia foi rapidamente estabelecida com o V., que se demonstrou uma criança meiga e bastante competitiva, com muita angústia aquando da derrota.

A partir de janeiro, as sessões com o V. embora dinamizadas por mim começaram a ser observadas pela estagiária do 3º ano de licenciatura em Reabilitação Psicomotora.

A partir de abril, a estagiária começou também a planear e dinamizar sessões, intercalando uma semana ela, e na semana seguinte eu. Nas sessões planeadas pela colega de licenciatura, os planeamentos eram discutidos e revistos em conjunto, e a dinamização começou por ser feita a pares, e posteriormente começou a aumentar a autonomia da estagiária de licenciatura, ficando eu apenas a observar as suas sessões.

A intervenção ocorreu também junto da família, realizando reuniões com os pais com o objetivo de discutir estratégias e ajudar a mediar os comportamentos do V., e junto da educadora, através de sessões na sala de creche e em contexto de grupo, permitindo a discussão de estratégias a aplicar, que ajudem o V. a gerir os seus comportamentos e consequentemente a melhorá-los.

A avaliação final foi realizada durante o mês de junho, aplicando os mesmos instrumentos de avaliação que haviam sido utilizados na avaliação inicial, permitindo assim uma comparação dos resultados, e também um instrumento destinado à educadora e aos pais do V., destinado à reflexão face aos efeitos da intervenção.

No total, o V. usufruiu de 19 sessões, que ocorreram uma vez por semana. O anexo E apresenta uma sessão-tipo da intervenção realizada com o V. Foram realizadas 4 reuniões com os pais, vários telefonemas e trocas de mensagens com os pais e 8 sessões em contexto de sala de creche, com a educadora.

1.2.3. Caracterização e pertinência dos Instrumentos

No estudo de caso do V., os instrumentos de avaliação utilizados foram a *SGSII* (Bellman, Lingam e Aukett, 1996), a escala *PKBS* (Merrell, 2002), e uma adaptação da “Avaliação da Satisfação e Eficácia do Programa de Formação Parental”

Schedule of Growing Skills II - Bellman, Lingam e Aukett, 1996

A *SGSII* (apresentada pormenorizadamente no estudo de caso anterior) foi aplicada como instrumento de rastreio, uma vez que o V. não apresenta qualquer tipo de diagnóstico, e com este instrumento é possível recolher informação sobre diversas áreas do desenvolvimento, possibilitando assim um despiste e traçar um perfil psicomotor da criança, onde é possível identificar áreas fortes e áreas que ainda podem ser desenvolvidas.

Preschool and Kindergarten Behavior Scales- 2ª Edição – Merrel 2002

O instrumento *PKBS* foi desenvolvido por Merrell (1994), tendo sido posteriormente melhorado numa segunda edição (Merrel, 2002), sendo essa versão a utilizada neste relatório. Esta escala pretende avaliar as competências sociais e os PC de crianças entre os 3 e os 6 anos, recorrendo para tal ao preenchimento de uma escala do tipo likert dirigida aos pais e professores/ educadores, sobre o comportamento da

criança nos últimos 3 meses. As hipóteses de resposta variam entre 0 “Nunca” e 3 “Muitas vezes” (Merrel, 2002).

Este instrumento é constituído por duas escalas: **Escala de Competências Sociais** que por sua vez se divide em subescalas de Cooperação Social, que avalia a cooperação da criança em relação aos pares e aos adultos, o seguir instruções e o cumprimento de regras, avaliando também a capacidade de autocontrolo da criança e de partilha (12 itens), Interação Social que avalia comportamentos que são fundamentais para estabelecer e manter relações de amizade, possuindo itens específicos relativos à interação social e ajuste social (11 itens) e Independência Social, que avalia os comportamentos importantes para alcançar a independência social no grupo de pares, nomeadamente a forma como lida com a separação dos cuidadores e a confiança e assertividade da criança perante os pares (11 itens); e **Escala de Comportamento Problema** que avalia os comportamentos problemáticos típicos das crianças em idade pré-escolar. Esta última escala é constituída pelas subescalas Problemas Externalizados, que avalia comportamentos considerados disruptivos e descontrolados, nomeadamente birras, excesso de atividade motora, dificuldade em permanecer na tarefa, intimidar os pares ou partir objetos que não lhe pertencem (27 itens) e Problemas Internalizados, que avalia problemas emocionais ou comportamentais supercontrolados, nomeadamente a dificuldade em fazer amigos, sensibilidade extrema a repreensões, dificuldade de consolo quando chateado, ou outros comportamentos que possam ser aproveitados por outras crianças para o intimidar (15 itens). Assim, estas duas subescalas dão informações separadas sobre ansiedade, isolamento social, comportamento antissocial/agressivo, problemas de atenção/ agitação motora e Egocentrismo. Estas últimas escalas formam ainda uma **subescala complementar**, elaborada com itens das escalas anteriormente apresentadas, permitindo identificar sintomas mais específicos de problemas comportamentais e/ou emocionais das crianças (Merrel, 2002).

Este instrumento encontra-se disponível no anexo H.

Avaliação da Satisfação e Eficácia do Programa de Formação Parental (Adaptação)

O instrumento “Avaliação da Satisfação e Eficácia do Programa de Formação Parental” foi desenvolvido em 2008, mas não foi publicado.

Pretende avaliar o grau de satisfação da família face ao programa parental em que os pais participaram (Almeida, et al., 2008).

Tendo em conta que o instrumento original se destina apenas à família, e abordava questões que no âmbito da intervenção realizada junto dos pais e educadora do V. não faziam sentido, considerei necessário realizar adaptações que tornassem o instrumento mais útil para este caso específico. O anexo I apresenta o instrumento adaptado, que foi utilizado pela educadora, e o anexo J representa o documento destinado aos pais.

1.2.4. Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada entre os meses de novembro de 2017 e fevereiro de 2018, utilizando a *SGSII* e a *PKBS*.

Schedule of Growing Skills II - Bellman, Lingam e Aukett, 1996

Os resultados da avaliação do V. realizada com recurso à escala *SGSII* encontram-se apresentados em seguida, assim como o seu perfil de desenvolvimento, sendo que na avaliação inicial (novembro) o V. tinha 4 anos e 2 meses, correspondendo a 50 meses.

Áreas (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28		21	22		23	34
			19	27	20	20	21	24	22	33
48 meses			18	26		19	20		21	31
			17	25	19	19	20	23	20	30
36 meses				24		18	19		19	29
			16	23	18	17	18	22	18	28
			15	22	17	16	17	21	17	27
				21				20	16	26
										25
										24

— Idade cronológica do V. avaliação inicial (50 meses)

— Perfil de desenvolvimento do V. na avaliação inicial

Figura 6 - Perfil de desenvolvimento do V. tendo em conta a avaliação realizada pela *SGSII*

Tal como é possível constatar pela observação da figura 6, o perfil de desenvolvimento do V. é considerado acima da média esperada tendo em conta a sua faixa etária em alguns domínios, e nos restantes encontra-se dentro da média esperada. O V. não manifesta dificuldades em nenhum dos parâmetros avaliados, sendo

importante destacar como áreas mais fortes as competências visuais e de audição e fala, nas quais o V. alcança o valor máximo alcançável neste instrumento.

No que é referente ao domínio das **capacidades locomotoras**, nomeadamente no que respeita ao movimento e equilíbrio, constatou-se no momento de avaliação inicial, que o V. não apresenta dificuldades quer a nível de equilíbrio, quer na realização dos movimentos, não sendo ainda capaz de permanecer 8 segundos em equilíbrio unipedal. Não apresenta qualquer dificuldade em subir ou descer escadas, conseguindo alternar um pé em cada degrau.

No que se refere às **capacidades manipulativas**, o V. demonstrou facilidade em quase todas as atividades propostas, conseguindo realizar atividades exigentes como virar uma página de um livro de cada vez, e colocar 10 pinos dentro de uma chávena em 30 segundos. O V. não foi capaz de colocar 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos. Relativamente às construções com cubos, o V. não apresenta qualquer dificuldade, elaborando torres, pontes e escadas. Em relação ao desenho, o V. imita diversas formas, como cubos, cruzes ou quadrados, realizando também o desenho da figura humana, nomeadamente a cabeça, face, tronco, pernas e braços.

No que concerne às **capacidades visuais**, o V. não apresenta dificuldades quer na função, quer na compreensão visual, conseguindo emparelhar 10 cartões de cores e realizar adequadamente o teste formal de visão.

Em relação ao domínio de **Audição e Fala**, o V. não apresenta qualquer dificuldade nem na função, nem na compreensão auditiva, uma vez que compreende e responde adequadamente a ordens com 3 instruções, e a frases complexas negativas.

No que respeita ao domínio de **Fala e Linguagem**, verifica-se que o V. apresenta uma linguagem expressiva bastante adequada, com um discurso fluente e claro, conseguindo explicar pormenorizadamente acontecimentos, obedecendo à ordem sequencial com que decorreram.

Relativamente ao domínio de **Interação Social**, a nível do comportamento social, o V. brinca com os pares partilhando brinquedos, preocupa-se com os amigos e irmão, e escolhe os seus melhores amigos. Relativamente ao jogo, o V. não apresenta dificuldades na brincadeira em si, nem nas capacidades manipulativas e de coordenação exigidas para tal, mas embora saiba aguardar pela sua vez nos jogos, não demonstra capacidade de cumprir as regras.

No que se refere ao domínio de **Autonomia**, o V. come utilizando o garfo e a faca, embora com alguma ajuda, principalmente devido às birras no momento da refeição. A nível de higiene, o V. é capaz de lavar e secar as mãos e a cara sozinho, necessitando apenas da ajuda do adulto para se vestir e despir.

O domínio de **Cognição** resulta da combinação de alguns itens dos restantes domínios. O V. não apresenta dificuldades neste domínio, conseguindo construir torres com mais de 7 cubos, assim como escadas de 3 degraus com 6 cubos. Desenha a figura humana com os seus constituintes principais, brinca com os brinquedos de forma habilidosa, e sabe esperar pela sua vez no jogo.

É então possível concluir que segundo a *SGSII* o V. apresenta um desenvolvimento adequado em todos os domínios avaliados, tendo por base as competências esperadas para a faixa etária na qual se encontra. Tendo em consideração que o comportamento social do V. é uma das principais queixas, e este instrumento avalia apenas a aquisição de um comportamento e não a qualidade do mesmo, tornou-se fundamental complementar a avaliação desta área com a aplicação da escala *PKBS*, cujos resultados são apresentados de seguida:

Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Merrel, 2002

Esta escala foi preenchida pelos pais e pela professora do V., procurando comparar as perceções de ambas as partes relativamente ao comportamento do V., permitindo assim avaliar os comportamentos e a frequência dos mesmos em diferentes contextos da vida da criança.

De seguida são apresentados os resultados da escala A.

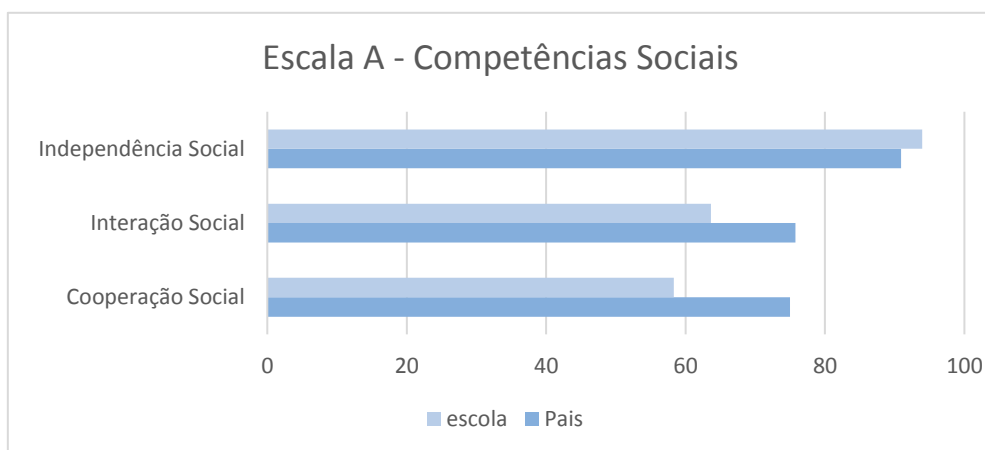


Gráfico 1- Escala A – Competências Sociais

Tal como é possível verificar através da observação do gráfico 1, na subescala de independência social, segundo a perspetiva da escola, verificam-se mais pontos positivos do que pela perspetiva dos pais. No entanto, nas subescalas de interação social e cooperação social é na visão dos pais que são apresentados mais pontos positivos. Assim, mesmo com a discrepância de opiniões, de forma geral as competências sociais do V. são consideradas positivas, não havendo manifestações de dificuldade em estabelecer e manter relação com os pares.

Seguidamente, será apresentada a escala de comportamento problema, que se divide em duas subescalas: problemas internalizados e problemas externalizados.

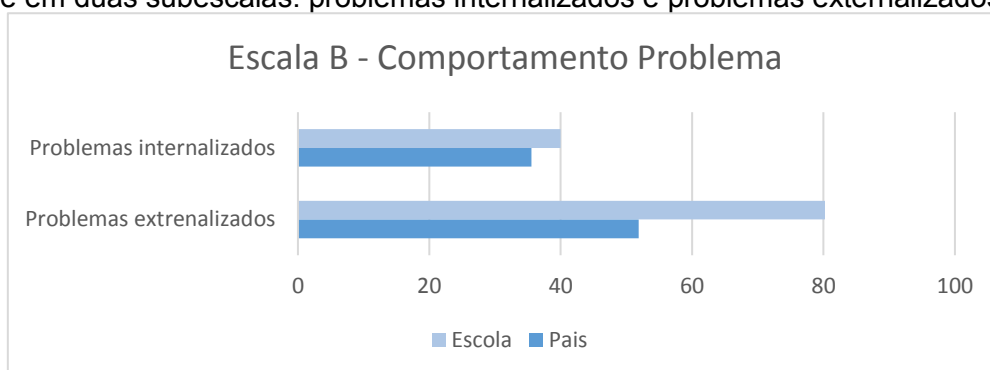
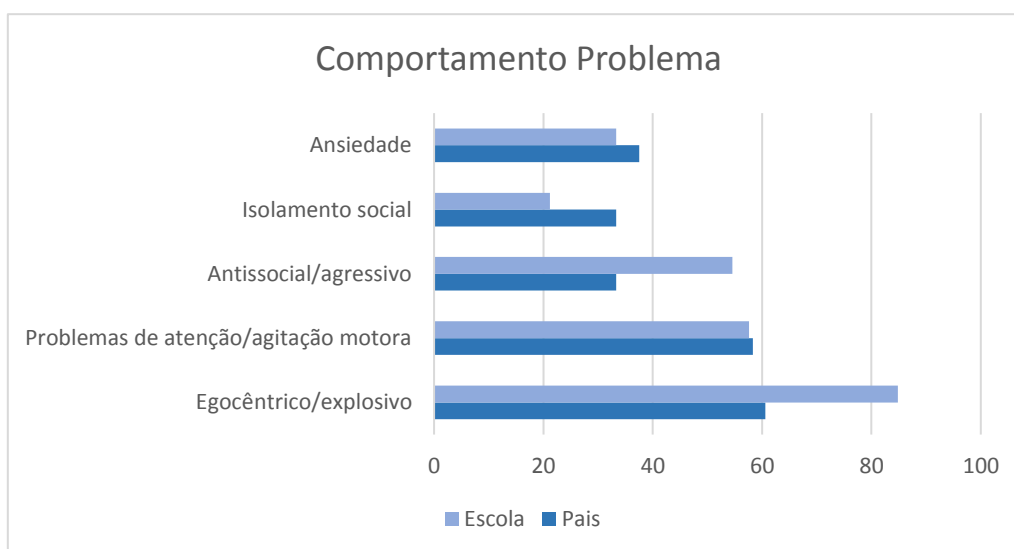


Gráfico 2- Escala B - Comportamento Problema

É possível verificar que em ambas as subescalas, a perspetiva da escola é mais positiva do que a perspetiva da família, verificando-se mais pontos positivos no contexto escolar do que familiar. Ambos os contextos consideram que as maiores dificuldades da criança são ao nível dos problemas externalizados. De seguida será apresentado outro gráfico, que trata os mesmos resultados que o gráfico 2, fornecendo informações



separadamente sobre a ansiedade, isolamento social, comportamento antissocial/agressivo, problemas de atenção/ agitação motora e Egocentrismo-

Gráfico 3- Comportamento Problema

É possível verificar pelo gráfico 3, tal como já havia sido concluído no gráfico 2, que em ambos os contextos, as maiores dificuldades do V. são ao nível dos comportamentos externalizados, salientando os comportamentos egocêntricos/ explosivos e os problemas de atenção/ agitação motora, que são os que mais necessitam ser trabalhados e consequentemente diminuídos. Estas dificuldades nos comportamentos externalizados contribuem para a falta de adequação da criança ao contexto, sendo de destacar a dificuldade em parar uma ação para se colocar na perspetiva do outro, e as dificuldades em seguir instruções e cumprir regras.

Síntese das avaliações

Tal como é possível concluir recorrendo à avaliação da *SGSII*, o V. não apresenta dificuldades em nenhum dos parâmetros avaliados pela escala, apresentado um perfil de desenvolvimento com vários domínios considerados acima da média esperada para a sua faixa etária.

Tendo em conta que as queixas apresentadas pela educadora e pela família do V. eram essencialmente comportamentais, foi aplicada a *PKBS*, ficando esclarecido que no que é referente à escala de Competências Sociais, nomeadamente às capacidades de Independência Social, Interação Social e de Cooperação Social do V., quer a perspetiva da escola, quer a da família há uma perspetiva considerada positiva, não manifestando o V. dificuldades em estabelecer e manter relações.

Relativamente à escala de Comportamento Problema, é possível compreender que as maiores dificuldades do V. são a nível dos comportamentos externalizados, sendo que na perspetiva da escola essas dificuldades encontram-se mais evidenciadas. Dentro dessas dificuldades, é importante salientar os comportamentos egocêntricos e explosivos, e dificuldades de atenção e agitação motora, sendo que a educadora refere ainda que os comportamentos agressivos e antissociais, são no contexto de escola mais preocupantes.

Assim, é possível concluir que as dificuldades apresentadas pelo V. são apenas a nível da externalização de comportamentos, tendo tendência a manifestar

comportamentos explosivos, egocêntricos e antissociais, assim como agitação motora e agressividade, principalmente no contexto escolar.

1.2.5. Plano de Intervenção

Após o término da avaliação, e baseando-me nos resultados da mesma, nos dados anamnésicos, e na interação com o V., é de salientar alguns elementos que o caracterizam, nomeadamente a grande agitação psicomotora, a dificuldade em lidar com a frustração, o recurso frequente a birras para alcançar os seus objetivos, o seu discurso bastante fluente com argumentos adequados, a liderança do V. face aos pares, a sua impulsividade, assim como a sua dificuldade em respeitar regras.

No que é referente ao perfil intra-individual, com base nas avaliações e na interação com a criança foi possível traçar as áreas fortes e as áreas a desenvolver do V., tal como se encontra expresso na tabela 8.

Tabela 9 - Perfil intra-individual do V.

Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Fala e Linguagem	Competências Sociais/ Emocionais ↓ Impulsividade Tolerância à Frustração Cumprir Regras Aguardar pela sua vez
Capacidades Visuais	
Capacidades Motoras Finas	
Capacidades Motoras Globais	
Cognição	

a) Objetivos

Tendo em consideração a avaliação inicial do V. e as suas dificuldades, foi elaborado um plano de intervenção com o objetivo de atingir os seus objetivos num período de 5 meses.

Tabela 10 - Objetivos a serem atingidos pelo V.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Regular comportamentos externalizados	Desenvolver a regulação temperamental	<p>Aceitar o final da sessão, sendo capaz de gerir a sua emotividade, sem chorar no término da sessão;</p> <p>Tolerar a derrota assim como a vitória em jogos competitivos, sem bater o pé, sem chorar e sem idolatrar-se;</p> <p>Diminuir a ocorrência de birras, passando a expor a sua vontade por palavras.</p>
	Desenvolver a resistência à frustração	<p>Identificar as suas dificuldades e aceitá-las, não querendo desistir da atividade mesmo que seja difícil para si realizá-la;</p> <p>Diminuir a intensidade e a frequência de ocorrência das birras após uma derrota ou contrariedade, realizando no máximo uma birra por sessão.</p>
Desenvolver a capacidade de autocontrolo	Diminuir os comportamentos impulsivos e a agitação motora	<p>Executar as instruções que lhe são dadas, cumprindo a tarefa até ao fim;</p> <p>Manter a atenção na tarefa que está a executar, sem se distrair, até ao término da tarefa;</p> <p>Ser capaz de aguardar pela sua vez para intervir / jogar em pelo menos 2 dos jogos realizados na sessão;</p> <p>Diminuir a ocorrência de brincadeiras paralelas e piadas durante a tarefa proposta, tendo no máximo 2 intervenções inapropriadas por sessão.</p>

Foram também desenvolvidos objetivos para a família, que pretendemos que sejam atingidos com a ajuda de estratégias que foram discutidas.

Tabela 11 - Lista das dificuldades sentidas pela família, os objetivos a atingir perante essas mesmas dificuldades, e as estratégias a adotar com vista a cumprir esses mesmos objetivos

Dificuldades	Objetivos	Estratégias
Imposição de limites ao V.	Aumentar a capacidade de impor limites ao V.	Manter a coerência nas regras impostas nos diferentes contextos.
Gestão de comportamentos do V.	Melhorar e adquirir estratégias de gestão de comportamentos	Antecipar situações para evitar a ocorrência de comportamentos disruptivos;

		Conhecer estratégias alternativas ao castigo para gerir os comportamentos; Melhorar a capacidade de diálogo com a criança acerca dos seus comportamentos.
Ausência de alguém com quem possam discutir os comportamentos do V. sem serem julgados	Aumentar a troca de conhecimentos e discussão com os terapeutas em relação aos comportamentos da criança	Esclarecer dúvidas relativas aos comportamentos; Aumentar as comunicações entre a família e o terapeuta; Criar um grupo de partilha <i>feedback</i> entre família e o terapeuta.
Diminuir a frustração aquando uma contradição ao seu comportamento	Melhorar a capacidade de gerir frustrações	Identificar as razões pelas quais o pedido do V. não foi autorizado. Se possível, partilhar que num outro momento poderá acontecer o seu pedido; Esclarecer que existem outras brincadeiras ou momentos que podem ser aproveitados além do pedido negado.

b) Intervenção e apoio em sala, partilha de estratégias e compreensão do contexto

Ainda na intervenção, algumas sessões foram realizadas em contexto de sala de creche, junto da educadora e do grupo de pares. Nestas sessões, foram identificadas dificuldades por parte da educadora, que pretendemos colmatar com o recurso a estratégias que foram discutidas com a mesma.

Esta área de intervenção tem um contributo muito importante no processo terapêutico. Esta fase de observação no contexto, permite recolher informação sobre as dificuldades do V. em transferir aprendizagens da sala terapêutica para a sua aplicação real. Neste sentido, também o facto de o terapeuta estar lado a lado com a educadora, possibilitou apoiar na implementação rápida de algumas estratégias diretas (e.g. com foco na modificação da ação do educador) ou indiretas (e.g. com foco na criança e no modo de regular o seu comportamento).

Tabela 12 - Lista das dificuldades sentidas pela educadora, os objetivos a atingir perante essas mesmas dificuldades, e as estratégias a adotar com vista a cumprir esses mesmos objetivos

Dificuldades	Objetivos	Estratégias
Frustração no terminar das tarefas	Minimizar birras nos momentos de terminar atividades.	Antecipar para o grupo todo a hora de arrumar; Antecipar o momento da arrumação, avisando o V. 10 minutos antes que está quase na hora de arrumar, relembrando-o ao longo desse período que a hora de arrumar se está a aproximar; (Continuamente perder a estratégia para a anterior); Valorizar a tarefa que vem no tempo seguinte, explicando a sua importância e o que se pretende das crianças.
Dificuldade em manter-se na refeição sem conflito	Diminuir o conflito com pares na refeição.	Gerir conflitos entre o V. e os pares, ser o adulto a mediar a situação problema; Estabelecer regras que ajudem o V. a não se distrair durante a refeição; Deixar ser o V. a escolher o local para se sentar, para reforço positivo. Retirá-lo para reforço negativo.

c) Estratégias Específicas

Para alcançar os objetivos traçados para o V., foi necessário utilizar algumas estratégias facilitadoras;

- Fornecer com frequência o *feedback* positivo aquando dos comportamentos desejáveis;
- Se existirem comportamentos menos adequados, que não sejam graves, ignorar e evitar a confrontação;
- Servir de exemplo/modelo nas atividades, ou levar para a sessão um amigo que sirva de modelo;

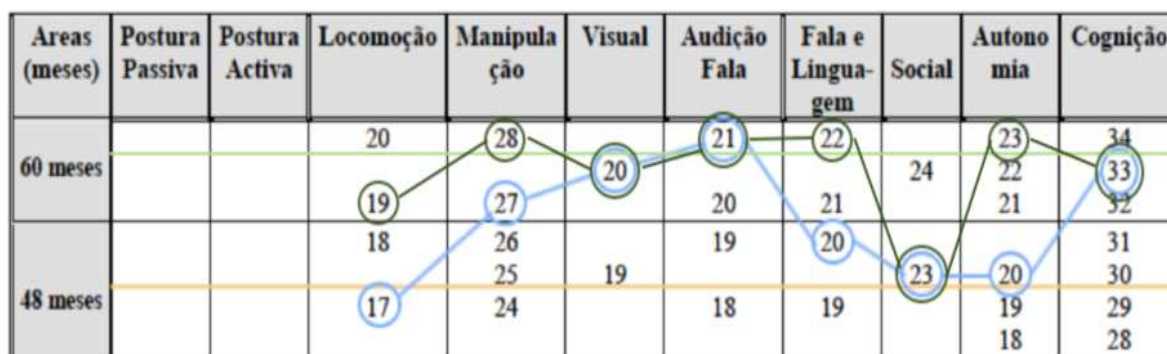
- Utilizar o jogo faz de conta no seio do grupo, aproveitar uma história de um livro onde as crianças tenham que vestir os diferentes papéis para poderem reviver e lidar com experiências de diferentes estados emocionais.
- Utilizar facilitadores da relação terapêutica, nomeadamente a empatia, imparcialidade e disponibilidade;
- Recorrer à competitividade como incentivo à alteração de comportamento;
- Utilizar os interesses da criança para alcançar os objetivos traçados;
- Alterar as regras do jogo permitindo que o V. vivenciasse a vitória, derrota e empate.
- Reforçar as rotinas nas ordens de trabalho da sala. Neste sentido este é um fator importante para o dia-a-dia da criança, onde lhe oferece confiança, reduz a confusão e, por conseguinte, a probabilidade de surgirem comportamentos desorganizados diminui.
- Formular as regras da sala, substituindo proibições por regras positivas. Assim dou destaque ao que devo fazer e não o que não devo fazer. e.g., na sala anda-se devagar, em vez de, não se corre na sala.

1.2.6. Avaliação Final

A avaliação final foi realizada no mês de junho e julho de 2018, utilizando a *SGSII* (Bellman, Lingam e Aukett, 1996) e a *PKBS* (Merrell, 2002), tal como na avaliação inicial, tendo sido também utilizada uma adaptação do instrumento “Avaliação da Satisfação e Eficácia do Programa de Formação Parental”.

Schedule of Growing Skills II - Bellman, Lingam e Aukett, 1996

A comparação dos resultados da avaliação do V. realizada com recurso à escala *SGSII* encontra-se apresentada de seguida, assim como o seu perfil de desenvolvimento. No momento da avaliação inicial (novembro) o V. tinha 4 anos e 2 meses, correspondendo a 50 meses, e na avaliação final 4 anos e 9 meses, correspondentes a 58 meses.



- Média esperada para a faixa etária na avaliação inicial (50 meses)
- Perfil de desenvolvimento do V. na avaliação inicial
- Média esperada para a faixa etária na avaliação final (58 meses)
- Perfil de desenvolvimento do V. na avaliação final

Figura 7 - Comparação dos perfis de desenvolvimento inicial vs final do V. tendo em conta a avaliação realizada pela SGSII.

Tal como é possível compreender através da observação da figura 6, ao longo da intervenção, o perfil de desenvolvimento do V. sofreu alterações positivas na maioria dos domínios, nomeadamente na Locomoção, Manipulação, Fala e Linguagem e Autonomia, mantendo o valor máximo possível de alcançar no domínio Visual e de Audição e fala. Estes aumentos acompanham a média esperada tendo em conta a sua faixa etária (58 meses), à exceção do domínio social, que permaneceu com a mesma pontuação adquirida na avaliação inicial.

Em relação às **capacidades locomotoras**, nomeadamente ao movimento e equilíbrio, à semelhança do que fora constatado na avaliação inicial, não foram verificadas dificuldades, estando o resultado obtido acima da média esperada para a sua faixa etária. Neste domínio, o único item da escala que o V. ainda não realiza consiste em manter-se durante 8 segundos em equilíbrio em cada um dos pés.

Nas **capacidades manipulativas**, o V. voltou a demonstrar não ter dificuldades nesta área, conseguindo realizar todos os itens propostos, nomeadamente colocar 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos, que na avaliação inicial não conseguia.

Relativamente aos domínios de **Capacidades visuais, Audição e Fala, Fala e Linguagem**, o V. volta a demonstrar uma grande aptidão, preenchendo corretamente todos os itens avaliados destes três domínios.

No que diz respeito ao domínio de **Interação Social**, o V. mantém a mesma dificuldade em aguardar a sua vez para participar num jogo, e em obedecer às regras.

No que se refere ao domínio de **Autonomia**, quer na alimentação quer nos cuidados de higiene, o V. come de garfo e faca sem ajuda, e veste-se e despe-se sozinho, à exceção dos botões e fechos, nos quais por vezes necessita de ajuda.

No domínio de **Cognição**, que resulta da combinação de alguns itens dos restantes domínios, o V. apresentou na avaliação final o mesmo resultado que na inicial, sendo este bastante próximo do nível máximo possível de alcançar.

O perfil de desenvolvimento do V. sofreu alterações positivas, sendo essencial ter em consideração que também a idade aumentou, esperando-se que com esse aumento, a qualidade de resposta da criança melhore também.

É então possível concluir que o V. apresenta um desenvolvimento adequado em todos os domínios avaliados, tendo por base as competências esperadas para a faixa etária na qual se encontra, à exceção do domínio social. Tendo em conta que o comportamento social continua a ser o domínio mais fraco do V, é fundamental analisar a avaliação que foi realizada com recurso à aplicação da escala *PKBS*, cujos resultados são apresentados de seguida.

Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Merrell, 2002

Na avaliação final, este instrumento voltou a ser preenchido pelos pais, e pela educadora do V., permitindo uma comparação entre ambas as partes, assim como a comparação entre o momento inicial e final, descrito por cada uma delas.

De seguida serão apresentados os resultados da escala A, relativa às competências sociais do V.

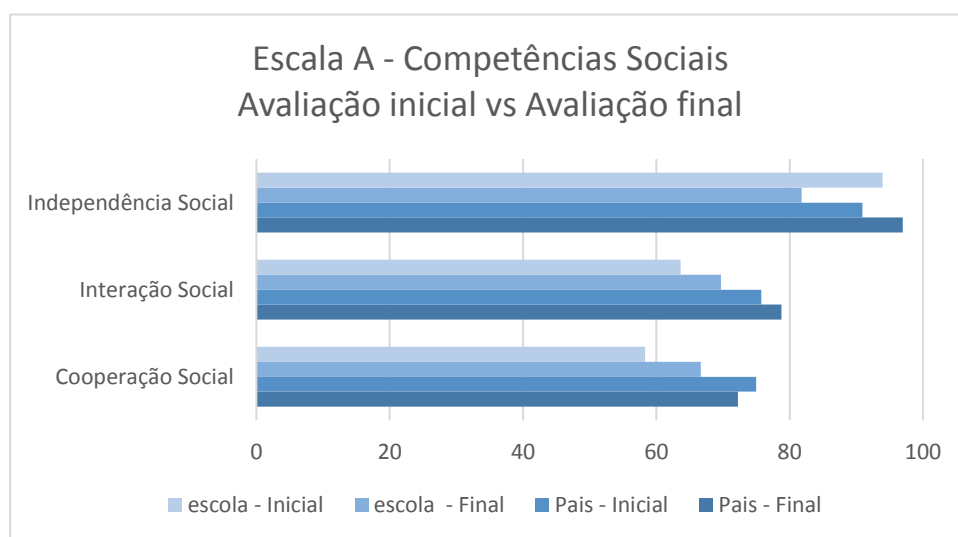


Gráfico 4- Escala A – Competências Sociais, comparando a avaliação inicial da escola e dos pais, com a avaliação final dos mesmos.

Tal como pode ser constatado através do gráfico, na subescala de independência social verificou-se uma melhoria no ponto de vista da família, e uma regressão na opinião da educadora. Ao contrário do que havia sido verificado na avaliação inicial, são os pais quem na avaliação final têm uma perspetiva mais positiva, que parece evidenciar melhorias no contexto familiar. Ambas as perspetivas apresentaram valores considerados positivos.

Na subescala de interação social, em ambas as perspetivas foram manifestadas melhorias, voltando a ser os pais a considerar as capacidades de interação do V. mais satisfatórias.

Relativamente às capacidades de cooperação social, no ponto de vista da escola, verificaram-se melhorias, já do ponto de vista dos pais do V., existiu uma regressão.

Deste modo, mesmo com a discrepância de opiniões, as competências sociais do V. são no geral consideradas positivas, não havendo manifestações de dificuldade em estabelecer e manter relação com os pares.

De seguida será apresentado o gráfico que representa a escala de comportamento problema, que se divide nas subescalas de problemas internalizados e problemas externalizados.

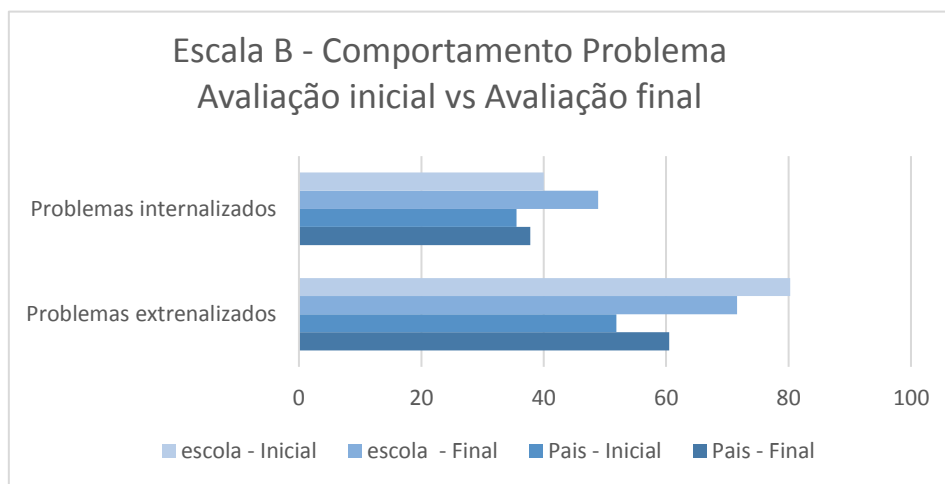


Gráfico 5- Escala B - Comportamento Problema, comparando a avaliação inicial segundo o ponto de vista da escola e dos pais, com a avaliação final realizada pelos mesmos.

É possível constatar que em ambas as subescalas, a perspetiva da escola é mais negativa do que a perspetiva da família, uma vez que nesta escala, quanto maior pontuação, piores os resultados.

Na subescala de problemas internalizados, em ambos os contextos, verificou-se uma regressão, havendo mais queixas de manifestações de ansiedade e isolamento social.

Já na subescala de problemas externalizados, no ponto de vista da escola, verificaram-se melhorias, já na perspectiva dos pais volta a ser manifestada uma regressão por parte da criança em comportamentos agressivos, explosivos e agitação.

Seguidamente será apresentado outro gráfico (gráfico 6), que aprofunda estes resultados, fornecendo informações separadas relativas à ansiedade, isolamento social, comportamento antissocial/agressivo, problemas de atenção/ agitação motora e Egocentrismo apresentadas pelo V.

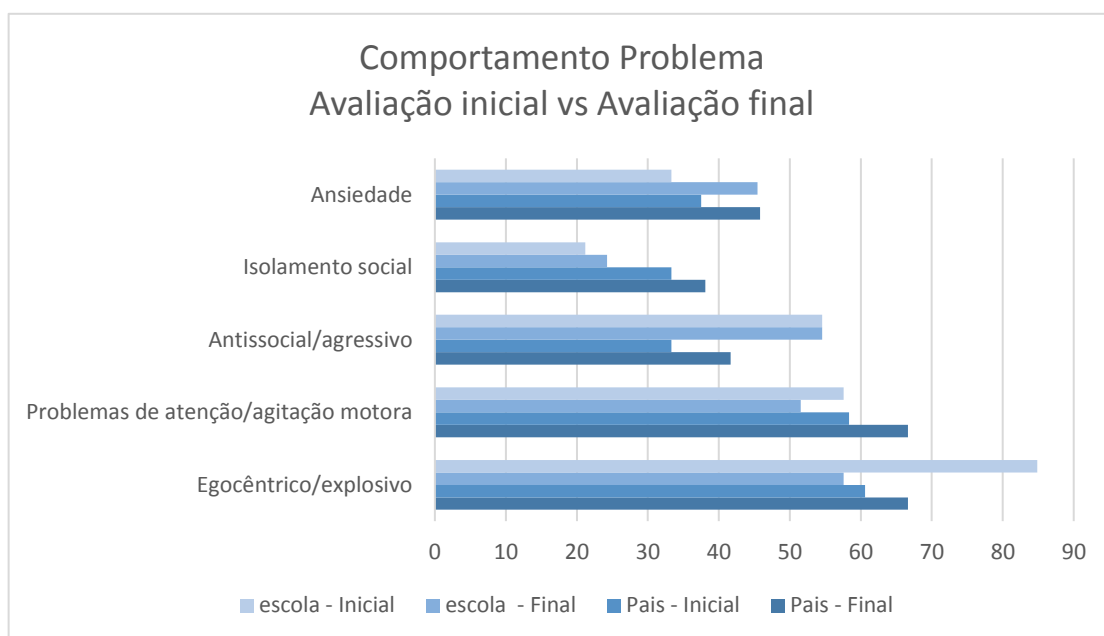


Gráfico 6- Comportamento Problema, comparando a avaliação inicial segundo o ponto de vista da escola e dos pais, com a avaliação final realizada pelos mesmos.

Tal como já havia sido demonstrado no gráfico 5, as maiores dificuldades apresentadas pelo V. são no âmbito dos comportamentos externalizados.

Relativamente aos comportamentos internalizados, mais especificamente a ansiedade e isolamento social, quer na a perspectiva da escola, quer da família, é revelado um aumento da frequência com que a criança recorre a estes comportamentos.

No que se refere aos comportamentos de externalização, é de salientar que em relação aos comportamentos antissociais e agressivos, a escola manifesta uma estagnação, já a família assume uma regressão, uma vez que se verifica um aumento da frequência destes comportamentos. Em relação aos problemas de atenção e à

agitação motora do V., no contexto escolar manifesta-se uma melhoria, já no contexto familiar os pais voltam a assumir o inverso. Por fim, nos comportamentos egocêntricos e explosivos, a opinião volta a ser discrepante, uma vez que segundo a opinião da escola se verificou uma diminuição bastante acentuada desses comportamentos, enquanto que segundo os pais, no contexto familiar verificou-se um aumento do recurso a esses comportamentos.

Avaliação da Satisfação e eficácia do Programa de Formação Parental (Adaptação)

Na avaliação destinada ao contexto escolar do V., o instrumento de avaliação foi preenchido pela sua educadora.

A educadora considera que o processo de intervenção pedagógico manifestou muitas vezes organização e planeamento, sentindo também que poderia expor as suas dúvidas muitas vezes, havendo sempre a preocupação por parte dos terapeutas em tentar dar resposta e atender a essas mesmas questões e necessidades, sentindo-se apoiada durante toda a intervenção.

A educadora considera também que algumas vezes, a duração das sessões foi adequada, considerando ainda que este tópico poderia ser melhorado para que os objetivos estipulados fossem cumpridos.

Foi também sentido pela educadora quer nas sessões em sala, quer em reuniões, que todas as questões eram esclarecidas, sendo fornecida toda a informação necessária, que seria útil para o seu futuro enquanto educadora.

A educadora refere também que muitas vezes, nos momentos de problemas com a criança, pensa no que lhe fora transmitido pelos terapeutas, considerando que após o processo de intervenção, se encontra mais atenta em relação a assuntos específicos relacionados com o desenvolvimento da criança.

Identifica como melhorias os momentos de refeição e os momentos em grupo, onde refere haver menor frustração, embora essa ainda continue a ser uma dificuldade da criança, considerando que o processo de intervenção pedagógico foi muitas vezes útil e importante para a criança, e para a educadora.

Assim, segundo a educadora, os terapeutas tiveram muitas vezes um papel importante na vida da criança, uma vez que procuraram encontrar soluções em conjunto

com a educadora face aos problemas, e ajudaram-na a encontrar estratégias úteis para estimular o desenvolvimento da criança.

A educadora referiu ainda “Considero toda a intervenção bastante produtiva na vida escolar e social da criança. Todas as dúvidas da família e minhas foram sempre resolvidas e solucionadas. Penso que o número de sessões no contexto de sala deveria ter sido maior, uma vez que os “picos” de frustração ocorriam nesse contexto. Ao implementar as estratégias sugeridas/discutidas observei melhorias no comportamento do V. bem como melhorias na relação estabelecida entre mim e ele.”

Por sua vez, os pais responderam ao questionário, considerando que a duração do processo de intervenção pedagógica foi adequada, assim como a organização da mesma. Os pais referem também que sentiram que podiam expor as suas dúvidas, e que houve sempre preocupação em dar resposta às mesmas, sentindo-se deste modo apoiados durante toda a intervenção.

Relativamente às reuniões, os pais referem ter sentido que lhes era fornecida a informação relevante, assim como lhes esclareciam todas as suas questões mais importantes, tendo essas informações sido úteis para o futuro enquanto pais.

Foi ainda referido pelos pais que muitas vezes, pensam no que foi falado em sessões, com vista a ajudar na resolução de problemas com a criança, considerando que atualmente há um esforço para dar resposta às necessidades do V..

Os pais consideram que após a intervenção, se sentem mais atentos a assuntos relacionados com o desenvolvimento do filho, embora identifiquem poucas melhorias como resultado da intervenção.

Consideram ainda que o processo de intervenção foi algumas vezes útil e importante para o desenvolvimento do V.. Os pais sentiram também que muitas vezes os terapeutas se mostraram preocupados em encontrar soluções que os ajudassem a ultrapassar os problemas com a criança, e ajudaram a identificar estratégias importantes para a estimulação do desenvolvimento do V., achando que algumas vezes, os terapeutas desempenharam um papel importante na vida da criança.

1.2.7. Reflexão/ Discussão de Resultados do caso V.

No que é referente à avaliação resultante da *SGSII*, é de salientar que o V. apresentou desde o início da intervenção um perfil de desenvolvimento bastante

adequado tendo em conta a sua faixa etária, não apresentando à partida qualquer dificuldade, identificada por este instrumento. Na avaliação final, constataram-se melhorias na maioria dos domínios, à exceção do domínio social. As melhorias devem-se provavelmente não apenas à intervenção, mas também ao fator tempo. Na avaliação final, é também possível verificar que o domínio social se encontra abaixo do que seria esperado para a faixa, demonstrando que mesmo com a intervenção, o domínio social continua a ser uma dificuldade para o V., e que com o avançar do fator temporal, mais facilmente é observável essa dificuldade, e tende a piorar em idade escolar, caso não haja intervenção atempada (Cia e Barham, 2009).

No que se refere à avaliação realizada a partir da *PKBS*, as perspetivas da educadora e dos familiares foram bastante diferentes, o que parece demonstrar que o V. se comporta de forma diferente consoante os contextos. Relativamente às competências sociais, foram verificadas ligeiras alterações nos três domínios avaliados, havendo, segundo os pais melhorias a nível da independência social e da interação social, verificando-se uma ligeira regressão no domínio de cooperação social. Por sua vez, a educadora aborda uma regressão na independência social, e melhorias nos restantes domínios. Em ambos os momentos de avaliação, os resultados desta escala foram sempre considerados adequados.

Esta escala permitiu também compreender que as principais dificuldades são a nível dos comportamentos externalizados, embora na avaliação final, quer os pais do V., quer a sua educadora verificaram uma ligeira regressão nos problemas internalizados como ansiedade e isolamento social. Na avaliação final verificaram-se melhorias nos comportamentos externalizados, mantendo-se ainda assim acima do que seria desejado, mas, segundo Rocha (2017), nas crianças com PC, há uma maior tendência para manifestar comportamentos externalizados, principalmente em crianças do sexo masculino. No contexto escolar, o comportamento antissocial e agressivo manteve-se, verificaram-se melhorias a nível da agitação motora e da atenção e também nos comportamentos egocêntricos e explosivos, tendo esta evolução sido bastante evidente. No contexto familiar, nos três domínios integrantes dos comportamentos externalizados, foram verificadas alterações negativas, uma vez que os pais assumem que a ocorrência de comportamentos indesejados aumentou. Existem duas possibilidades explicativas, por um lado, o V. pode continuar a comportar-se de formas diferentes consoante os contextos nos quais se insere, e com os pais, ter maior tendência a testar os limites e aumentar a frequência de comportamentos indesejados.

Por outro ponto de vista, pode ter havido uma consciencialização dos pais face aos comportamentos do V., uma vez que foram também os pais membros integrantes da intervenção, sendo que, segundo Pratas, Eira, Ribeiro e Cordeiro (2018) estas intervenções têm demonstrado resultados bastante satisfatórios no que diz respeito não apenas ao assumir os comportamentos dos filhos, mas também a uma melhoria das competências parentais, uma vez que fazem o *transfer* para o dia-a-dia com a criança.

Assim, é possível concluir que a intervenção começa a ter efeitos principalmente no contexto escolar, mas deve continuar a ocorrer com regularidade uma vez que ainda existem objetivos que não foram alcançados, nomeadamente no que é referente ao cumprimento de regras e lidação com a frustração no âmbito familiar, melhorando a gestão desse comportamento.

A Educadora confirma que a intervenção foi devidamente organizada e planeada, podendo expor as suas dúvidas, e esclarecimentos ao terapeuta. Para esta, as informações e técnicas que lhe foram transmitidas estão a ser bastante úteis para a alteração do comportamento do V. Tendo em conta que a educadora considera que a intervenção teve um efeito positivo, considera também que esta deveria ser prolongada, para continuar o trabalho realizado com a criança, com a educadora e com a família, e para que os resultados sejam ainda mais evidentes.

Também a opinião dos pais revela contentamento face à intervenção, confirmando que os terapeutas esclareciam as questões que surgiam relativamente à forma de lidar com as birras do V., sendo considerado também um apoio para os pais.

Enquanto a educadora identifica evoluções no comportamento do V. como resultado da intervenção (nomeadamente nas refeições, brincadeiras e a forma como lida com a frustração), os pais do V. têm dificuldade em identificar essas melhorias.

Assim, é possível constatar que, de forma geral, quer a educadora quer os pais, conseguem tirar pontos bastante positivos da intervenção, não apenas em relação à alteração do comportamento do V, mas essencialmente na forma como passaram a lidar com ele, e a utilizar estratégias que foram discutidas com o terapeuta.

2. Acompanhamento de Casos de CAFAP

No âmbito de intervenção do estágio na valência do CAFAP da EMDIIP, tive oportunidade de integrar a equipa de acompanhamento de famílias. Acompanhei assim

de forma próxima duas famílias, sendo a intervenção com uma dessas descrita no próximo capítulo, assim como todas as informações relevantes para essa mesma intervenção.

2.1. Caracterização de um dos casos acompanhados: Família A

O processo da família A chegou ao CAFAP em junho de 2017 por encaminhamento da Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais de Oeiras/Cascais (EMAT), tendo a intervenção início ainda nesse mês. O agregado familiar era constituído pela mãe, a avó desta, e 5 menores entre os 2 e os 12 anos.

No momento inicial, os três filhos mais velhos frequentavam a escola, enquanto os dois mais novos se encontravam em casa, aos cuidados da mãe e da bisavó.

A mãe tinha 30 anos, origem Africana e o encaminhamento deu-se pelos seguintes motivos:

- Relatos de violência doméstica para com esta e os filhos, por parte do companheiro (atualmente preso), pai do filho mais novo e do qual já se separou;
- Falta de assiduidade dos menores de 12 e 6 anos às aulas, e dificuldades de aprendizagem dos três menores que já frequentam o ensino básico. É abordada também a falta de adesão da progenitora ao processo educativo dos dois primeiros e a preocupação pela probabilidade de o jovem de 12 anos ficar retido pela segunda vez;
- PC dos menores, nomeadamente do mais velho, na sequência de comportamentos com exibição de pornografia aos colegas de turma, tendo já um Processo Tutelar Educativo a decorrer;
- Falta de documentação legal dos menores;
- Falta de higiene e cuidados de vestuário das crianças bem como condições habitacionais desadequadas, desorganização, insalubridade;
- Situação de labilidade profissional da progenitora;
- Fragilidade de competências parentais;

O passado da mãe passa por 2 anos na prisão associados ao comércio de estupefacientes e posse ilegal de armas. A progenitora tem VIH (Vírus de Imunodeficiência Humana), mas nenhum dos menores é afetado.

Tendo em conta o que fora descrito, foi proposto ao CAFAP da EMDIIP intervir

com esta família tendo em vista a preservação familiar, tendo esta revisão trimestral.

2.2. Descrição do processo de Intervenção

A primeira fase da intervenção em CAFAP consiste na avaliação da família, que teve duração de 3 meses, entre os meses de junho e setembro. Este processo, começou por um agendamento telefónico de atendimento nas instalações do CAFAP, à qual a progenitora não compareceu. Posteriormente, foi realizada uma reunião inter-equipas, onde foram discutidas as problemáticas familiares anteriormente referidas.

No processo avaliativo, foram realizadas várias VD's, algumas agendadas e outras sem aviso prévio, onde foi evidente a desarrumação, falta de salubridade da habitação e até falta de condições de segurança (fios elétricos no chão). Algumas vezes, os menores encontraram-se sozinhos em casa. As crianças não possuíam brinquedos nem espaços para brincar, não possuíam cama destinada, dormindo nuns dias com a mãe, noutros com a avó, noutros no sofá, sem ter cama própria. Nessas visitas, haviam sempre conversas com a mãe, tentando conhecer as dinâmicas e rotinas familiares, assim como a perceção da progenitora em relação às problemáticas em questão.

Foi também realizada uma reunião com a EMAT e com a mãe, com o intuito de discutir alguns objetivos que permitissem o melhor funcionamento familiar, e consequentemente o desenvolvimento mais adequado das crianças, nomeadamente a integração em equipamentos educativos dos dois menores mais novos; garantir a assiduidade e pontualidade de todas as crianças; colaborar com as escolas nos processos educativos dos menores; regularizar a documentação dos menores e a sua, bem como o rendimento de abono de família; a empregabilidade da progenitora; a manutenção da organização e higiene da habitação; a melhoria das competências parentais, acompanhando o processo educativo e o desenvolvimento dos filhos; a adesão à intervenção do CAFAP da EMDIIP; e a adesão à intervenção da equipa do centro social ao nível de alimentos e adesão ao apoio no centro de estudos, dos menores. Posteriormente, em setembro, foi assinado pela progenitora o PIAF (Plano Integrado de Apoio Familiar), onde se comprometeu a esforçar-se para atingir estes objetivos.

A medida de Promoção e Proteção (PP) de apoio junto da mãe era de seis meses, pelo que o caso teria reavaliação em janeiro de 2018. Ficou estabelecido que o CAFAP acompanharia a família através de observação da interação familiar em meio

natural, realizando VD's e ajudando no contacto entre a escola e a família.

Após este processo inicial, deu-se início à intervenção propriamente dita, que decorreu entre setembro e janeiro, onde continuaram a ser realizadas VD's pelo menos uma vez por semana, assim como chamadas telefónicas para a progenitora, para compreender o estado da situação familiar. Neste período foram trabalhadas com a progenitora as suas competências e obrigações parentais no sentido de atingir os objetivos anteriormente delineados.

Tendo em conta a falta de condições da habitação, os fios elétricos espalhados, o mau isolamento das janelas e portas, o pavimento desadequado, e outras condições negativas da habitação, em conjunto com a EMAT, a equipa do CAFAP conseguiu uma habitação provisória que abrigasse esta família, permitindo que decorressem as obras necessárias. No período em que ficaram na casa provisória, foi visível mais uma vez a desarrumação e falta de cuidados de higiene, sendo que numa das visitas realizadas, os menores encontravam-se novamente sozinhos em casa, mesmo após vários avisos. Neste período, os menores faltaram às aulas, sendo que a progenitora desculpava essa falta de assiduidade com a distância entre a habitação temporária e as escolas, verbalizando que depois as justificava. Neste contexto, foi possível à estagiária intervir com os menores realizando atividades com o objetivo de desenvolver as competências psicomotoras das crianças, tendo em conta a falta de estimulação existente.

Aquando do regresso da família à sua habitação, todas as condições desejáveis estavam adquiridas, mas após um mês, a casa continuava sem as mobílias necessárias, e a sujidade e odor já eram bastante acentuados, assim como a desarrumação.

A cerca de um mês do final da primeira fase de intervenção, a equipa do CAFAP realizou uma reunião com a mãe, onde foram apresentadas todas as possibilidades existentes relativas ao futuro dos menores, nomeadamente o afastamento e respetivo acolhimento institucional destes. Nesta reunião, a mãe demonstrou segurança em conseguir assegurar o bem-estar e necessidades dos menores, destacando as evoluções atingidas com o decorrer da intervenção e fazendo comparações entre situações passadas e presentes. É também de salientar que não conseguiu identificar problemáticas significativas na família, à exceção dos comportamentos desadequados do filho de 12 anos e da fragilidade de regras e rotinas de todas as crianças.

A equipa enviou informação para o tribunal onde esclareceu o estado da situação no momento atual (Anexo K), sendo a proposta da equipa prorrogar por mais seis meses

a medida de promoção e proteção de apoio junto da mãe, na altura em vigor.

Apesar disto, o filho mais velho, entretanto já com 13 anos continuou a manifestar comportamentos desadequados, faltar as aulas, realizar assaltos a viaturas e a mostrar vídeos com conteúdo pornográfico aos colegas de turma, tendo-se dado então o afastamento urgente da criança do agregado familiar no início de janeiro, ainda antes do término da primeira fase de intervenção.

Posto isto a decisão do tribunal em janeiro de 2018 foi de afastar do perigo os restantes menores durante seis meses, com o intuito de a mãe se reorganizar, para os poder receber os novamente. O filho mais velho, devido à idade encontra-se sozinho numa instituição, enquanto os restantes estavam agrupados dois a dois, noutras duas instituições. Ficou ainda estabelecido que a progenitora realizará pontos de encontro com todos os menores, sendo estes agilizados pelas Casas de Acolhimento.

As Técnicas do CAFAP continuaram a realizar visitas aos menores nas respetivas Casas de Acolhimento, para manter a relação com estes. A equipa foi proposta a trabalhar com a progenitora a gestão doméstica, financeira e competências parentais, uma vez que dentro de seis meses seria revista a medida com perspetiva de Reunificação Familiar, e a continuação da intervenção nesse período.

A partir do momento do afastamento, entra-se na segunda fase de intervenção, tendo sido logo evidente na primeira VD uma alteração significativa a nível da higienização e arrumação habitacional, uma postura bastante cooperante por parte da mãe (tendo um bloco de notas onde registou as ações propostas), tendo esta exposto uma dificuldade em realizar visitas às casas de acolhimento, e manter o emprego num restaurante recentemente conseguido, uma vez que os menores se encontravam divididos por três casas distintas. Este aspeto foi trabalhado pelas técnicas no sentido de agilizar a agenda, assim como a manutenção dos objetivos anteriormente delineados.

Após esta VD, o ex-companheiro da progenitora foi libertado do estabelecimento prisional, tendo esta demonstrado preocupação e medo com a possibilidade de uma aproximação por parte deste, apesar da proibição da mesma. Assim, esta encontrava-se apoiada pelo serviço de teleassistência e pela APAV. O pai do menor mais novo foi visitá-lo à casa de acolhimento por duas vezes, não voltando a contactá-lo.

A equipa do CAFAP, também em VD abordou a importância da medicação para

o VIH assim como o uso de métodos contraceptivos, auxiliando ainda a reunir toda a documentação necessária para tratar dos documentos e certidões dos seus filhos, assim como das dívidas existentes.

Tendo em conta a dificuldade já exposta relativamente à deslocação da progenitora às casas de acolhimento, a equipa disponibilizou um local onde os convívios pudessem ser realizados, com um carácter semanal, com a presença de todos os menores em simultâneo, tendo a mãe faltado a um, afirmando ter adormecido.

Aquando das visitas, as Técnicas das casas referem que a mãe mantém uma postura despreocupada e pouco carinhosa, pouco interesse pelos menores, não promovendo a comunicação com os mesmos. No âmbito do CAFAP, foi-lhe explicada a importância dessas visitas, e a necessidade de adotar uma postura mais recetiva e empenhada com os menores, explicitando ainda as regras e limites que as crianças não devem transgredir.

Relativamente à adaptação às casas de acolhimento é de salientar uma continuação dos comportamentos disruptivos do filho mais velho, tendo esta sido mais harmoniosa por parte dos restantes.

Em abril, deu-se um período de revolta por parte da progenitora, com relatos de queixas do filho mais velho que referia: “se não comer a sopa não me deixam comer o resto” (sic). A mãe apoiou o menor, afirmando ter sido esta a causa de acolhimento e afirma que na instituição continua a passar fome, afirmando ainda a sua condição de empregada e a arrumação e limpeza da casa, assumindo a possibilidade de regresso dos menores ao agregado. Foram-lhe então lembrados os motivos que levaram ao acolhimento dos menores, bem como o facto de a situação ainda não se encontrar devidamente resolvida.

No que é referente à empregabilidade, após 4 meses de trabalho sem contrato, a progenitora despediu-se, arranjando novo emprego como Auxiliar de Geriatria num Lar de idosos, com um contrato de prestação de serviços.

Por insistência do Tribunal, foi possível que os menores mais novos ficassem todos juntos numa única Casa de Acolhimento.

A equipa do CAFAP considerou a necessidade de quinzenalmente, os menores se reúnam com a mãe, na presença da equipa para que se proceda à avaliação e intervenção no sentido de capacitar competências parentais.

Já em junho, passados os 6 meses da medida inicialmente aplicada, a situação encontrou-se mais estável, com melhores condições de higiene e arrumação habitacional, e uma situação de empregabilidade fixa. Contudo a relação com as crianças continuou a não ser a mais adequada, evidenciando-se uma despreocupação por parte da mãe. Na avaliação da medida concluiu-se a manutenção desta por mais 6 meses, momento em que voltaria a ser revista.

2.3. Conclusões sobre o Impacto da Intervenção e Reflexão

Após um ano de intervenção junto da família, com base na observação, contacto direto com a progenitora, e informação recolhida junto de todas as entidades intervenientes, considera-se a superação de algumas das fragilidades iniciais, passando essas dificuldades a fatores de proteção. De entre os objetivos alcançados, é de salientar, uma melhoria na organização pessoal; um estabelecimento de prioridades; uma adesão às consultas de planeamento familiar e de rotina do VIH; uma aceitação e contribuição com a intervenção das equipas; um aumento da autonomia e iniciativa na operacionalização de ações; melhorias na interação com os filhos, esforçando-se por se incluir nas atividades; preocupação em salvaguardar algumas necessidades básicas das crianças; a aceitação e contribuição com a intervenção das equipas; melhorias significativas na arrumação e higienização habitacional; evolução na organização e gestão financeira (e.g. poupanças); e uma condição de empregabilidade fixa.

Para além destes fatores que passaram a ser considerados de proteção, haviam outros que já inicialmente eram considerados positivos: a facilidade em encontrar emprego, bem como a sua autonomia na procura de respostas laborais; a capacidade de estabelecer empatia com os Técnicos; os laços afetivos entre os membros da família; a presença da bisavó das crianças; e as dimensões da habitação tendo em conta o número de elementos do agregado familiar.

Contudo, mesmo com a intervenção intensiva realizada junto desta família, existem ainda várias fragilidades que devem continuar a ser trabalhadas com o auxílio das equipas, como é o caso da gestão e organização financeira, do reconhecimento dos motivos que levaram à institucionalização, a pouca consciência das necessidades do agregado familiar, da dificuldade na identificação de situações problema, e da desresponsabilização do seu papel enquanto progenitora aquando da justificação de situações, apontando causas externas.

Tendo em conta as melhorias já alcançadas e o que ainda deve ser melhorado,

entende-se que enquanto a medida de Acolhimento Residencial se mantiver, deve haver um aumento da frequência e duração das visitas da mãe, assim como a possibilidade de incluir quinzenalmente uma visita dos menores à residência da mesma, para iniciar o acompanhamento com todos os membros do agregado em simultâneo, e avaliando as competências parentais da progenitora, sempre com vista à Reunificação Familiar.

3. Atividades Complementares

- **Projeto de Investigação**

Ainda no âmbito do estágio, dei continuidade a um estudo que havia sido realizado pela estagiária do ano letivo anterior, no qual foram avaliadas crianças com 5 anos, através da bateria “Provas de Diagnóstico Pré-escolar”, desenvolvido por Maria Victoria de la Cruz. O projeto completo encontra-se em anexo (anexo A).

- **Formação “Regulação da Atenção”**

A pedido da EMDIIP, realizei uma apresentação sobre Regulação da atenção, que foi apresentada em conjunto com o orientador local, numa formação que se destinou a um grupo educadoras de infância de Oeiras. A apresentação em formato PREZI encontra-se completa no anexo L.

- **Cursos de Primeiros Socorros Pediátricos**

Em conjunto com toda a equipa da EMDIIP, frequentei um curso de primeiros socorros pediátricos, lecionado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional. Estas noções básicas de socorrismo são fundamentais para o trabalho com crianças, tendo em conta a possibilidade de um imprevisto, no qual o terapeuta deve estar apto a atuar e resolver o problema da forma mais adequada possível. O certificado de participação será apresentado no anexo M.

- **Colónias de Férias Inclusivas – We (in) Férias**

Já no final do período de estágio, incorporei a equipa de coordenação das colónias de Férias da EMDIIP, que são incluídas nas colónias do CCD-447 de Oeiras, decorridas durante 3 semanas, tendo eu participado em 2 delas. Neste projeto, as crianças com necessidades educativas especiais (NEE), nomeadamente com

Perturbação do Espectro do Autismo e Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, eram incluídas em grupos de crianças com o desenvolvimento considerado típico.

Para além dos monitores responsáveis por um pequeno grupo de crianças, nos quais as crianças com NEE são inseridas, existiu ainda um monitor para cada uma destas crianças, sendo o acompanhamento realizado de um para um. Estes monitores têm formação no âmbito da Reabilitação Psicomotora, permitindo às crianças um acompanhamento adequado, e aos monitores um primeiro contacto com esta população, aplicando os conhecimentos teóricos já adquiridos.

O principal objetivo do We (in) Férias é a promoção da igualdade e da inclusão, permitindo a todas as crianças a experiência de um verão com atividades desportivas, de lazer, e recreativas, independentemente das suas dificuldades.

Conclusão e Reflexão Pessoal

A escolha da EMDIIP como local de realização do estágio está inteiramente relacionada com o meu gosto pela população abrangida nesta instituição, nomeadamente pelas crianças de idades mais precoces. Tendo em conta que na licenciatura estagiei com crianças dos 3 aos 12 anos no âmbito da saúde mental, achei importante que no mestrado continuasse com a população que maior interesse me desperta, mas numa outra vertente: a Intervenção Precoce.

Considero que integrei uma excelente equipa de profissionais, que me ajudou a melhorar as minhas competências e a trabalhar não apenas com as crianças, mas também com as suas famílias. É essencial compreender a importância do contexto familiar na vida da criança, sendo fundamental conhecer as dinâmicas e rotinas familiares, para que a intervenção possa ocorrer de forma mais eficiente. Neste âmbito, a EMDIIP é também uma instituição de excelência uma vez que tem em consideração os contextos socioeconómicos de cada família, agilizando diversos serviços para que não exista nenhuma criança que necessite de apoio, a não poder usufruir dele.

Na EMDIIP, tal como é sugerido na Psicomotricidade, a criança é sempre vista no seu todo, considerando não apenas as áreas a desenvolver, mas também as mais fortes, sendo estas utilizadas como estímulo para desenvolver as áreas mais fracas.

Ao longo do estágio, foi também possível compreender a importância da comunicação constante com o contexto escolar da criança, visto que, é nesse contexto que passa a maior parte do seu dia, manifestando lá as suas dificuldades, assim como as suas conquistas. Esta comunicação é essencial pois permite não apenas a discussão de informação e de estratégias entre professores/ educadores e os terapeutas, mas também uma avaliação da criança. A avaliação não deve ocorrer apenas no contexto terapêutico, tendo em conta que este não é o ambiente em que a criança vive o seu dia-a-dia, devendo haver uma avaliação exterior, num ambiente que seja menos securizante para a criança, e no qual possa demonstrar as aprendizagens e conquistas conseguidas nas sessões, realizando deste modo o *transfer* que é desejável com a intervenção.

Considero que a Intervenção Psicomotora, tendo em conta a sua abrangência a nível do desenvolvimento infantil, pode ser utilizada como uma modalidade de apoio que a IP tem ao seu dispor, uma vez que apoia os serviços de Saúde, Educação e Segurança Social. Tal como defendi ao longo do relatório, quanto mais precocemente se iniciar a

intervenção, melhores resultados serão alcançados, não apenas para a criança como para o seu contexto familiar e escolar, influenciando a sociedade no geral.

No meu ponto de vista, o facto de na Intervenção Psicomotora o terapeuta ter a possibilidade de recorrer à brincadeira e ser todas as personagens que a criança desejar, é uma mais valia, pois ao utilizar o “brincar”, consegue-se chegar mais facilmente à criança, e conseguir que esta tenha interesse e motivação para participar no exercício proposto. Embora sempre com uma vertente lúdica, é importante salientar que todas as atividades são devidamente pensadas, têm uma intenção e todas têm objetivos a trabalhar, de acordo com o projeto terapêutico desenvolvido para cada criança. Neste âmbito, é também importante falar na relação estabelecida com as crianças, sendo fundamental saber adequar as respostas consoante o comportamento da criança: ser mais assertivo ou mais meigo.

Aquando do momento da escolha do estágio, a informação associada à instituição pela qual optei era apenas “Intervenção Precoce”, sendo que ao iniciar o estágio propriamente dito, tive a grande surpresa de ter a possibilidade de integrar também a equipa do CAFAP da EMDIIP, trabalhando diretamente com famílias com crianças em situação de risco ou perigo, área na qual não tinha qualquer experiência.

No âmbito de CAFAP, considero que o Psicomotricista pode dar um contributo bastante importante à equipa terapêutica, visto que ao longo da formação académica recebe as bases teóricas para lidar com a família, nomeadamente através da formação em parentalidade, intervenções junto das famílias e educação parental lecionada no 2º ciclo – Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na disciplina de Programas de Intervenção Precoce, introduzindo uma vertente mais terapêutica do que apenas de controlo social. Em alguns casos específicos, foi-me também possível realizar durante as visitas domiciliárias uma intervenção terapêutica, uma vez que as crianças se encontravam em situações vulneráveis, muitas das vezes carentes afetivamente, ou com dificuldades a nível do seu desenvolvimento, que estes pais negligentes não identificam à primeira vista. Assim, considero que esta experiência foi também bastante importante para mim, na medida em que me permitiu conhecer novas realidades, e adaptar a intervenção a este tipo de casos.

Posso então afirmar que a EMDIIP me acolheu como membro integrante das suas equipas CLIP e CAFAP, dando-me espaço para crescer pessoal e profissionalmente, alargar os meus conhecimentos, discutir ideias com Técnicos de

outras áreas, assim como a planear intervenções partilhadas, privilegiando sempre o desenvolvimento da criança. Permitiu-me também contactar com famílias, escolas, e outras entidades, ensinando-me a dizer sempre o que é necessário, mas com a sensibilidade que é essencial na área da Psicomotricidade.

De acordo com o regulamento de estágio (NRMRP, 2016), considero que cumpro com objetivos delineados, uma vez que a nível profissional, adquiri conhecimentos que me ajudaram a aumentar a minha capacidade crítica, útil não apenas no âmbito deste relatório, mas também a nível pessoal. Considero também que a minha capacidade de planear, gerir e coordenar serviços foi bastante alargada, na medida em que tive possibilidade de desenvolver e aplicar programas psicomotores em diferentes contextos de intervenção. Também as minhas competências científicas foram desenvolvidas, visto que em todo o processo de realização do relatório e do artigo complementar, houve uma busca ativa de informação, que é fundamental no âmbito de estágio. Considero ainda que o facto de ter sido uma estagiária pioneira no âmbito do CAFAP da EMDIIP, me deu liberdade para aplicar os meus conhecimentos na área, e juntamente com colegas de outras áreas, foi realizado um trabalho transdisciplinar inovador.

Relativamente à capacidade de reflexão, acho importante abordar o tema ADPM, visto que refleti bastante sobre o termo utilizado, e considero que não é o adequado, uma vez que, num primeiro impacto, o facto de se dizer “Atraso Global” assusta qualquer família, visto que dá a sensação que todo o desenvolvimento da criança se encontra comprometido. É de clarificar que estas crianças, tal como todas as crianças, possuem áreas mais fortes que outras, não devendo esse “rótulo” discrimina-las.

Para além destes objetivos esperados por parte das normas de mestrado, considero que com este estágio tive oportunidade de compreender o funcionamento de uma IPSS, nomeadamente a relação com os serviços de segurança social.

O meu caminho na EMDIIP guiou-se pela missão desta instituição “ir cada vez mais longe, melhor, e com maior empenho na procura do bem-estar global de cada família que nos procura. Por cada uma destas crianças e suas famílias fazemos uma viagem. Vamos onde for preciso, e depois disso, ainda um pouco mais longe”, e é exatamente isso que desejo que tenha sido a minha prestação, que tenha conseguido procurar sempre o melhor para cada família, esperando ainda que este estágio me tenha ajudado a adquirir competências que permitam que no futuro vá onde for preciso, e ainda mais longe, sempre pelo bem das crianças e famílias.

Bibliografia

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., de Almeida, A. T., Brandão, M. T., Cruz, O., Gaspar, M. F., e dos Santos, M. R. (2010). Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010.

Achenbach, T. M., e Edelbrock, C. S. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12–16 and girls aged 6–11 and 12–16. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 223.

Alarcão, A. e Melo, M. (2009). Centros de apoio familiar e aconselhamento parental: Proposta de um modelo global de organização. *Psicologia e Sociedade*, 21(1), 55-64.

Alberto, I (2010). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina.

Almeida, I. C. (2012). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?. *Análise Psicológica*, 22(1), 65-72. doi:10.14417/ap.130

Almeida, A., Alarcão, M., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. F., Abreu-Lima, I. e Ribeiro dos Santos, M. (2008). Avaliação da Satisfação e Eficácia do Programa de Formação Parental. Manuscrito não publicado.

Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., e Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 779-788. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00271.x

Antunes, S. e Duarte, A. (2003). Intervenção psicomotora precoce. *A Psicomotricidade*, 1(2), 55-61.

APA - American Psychiatric Association. (2013). Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação/ Perturbação da atenção. In J. Fernandes (Ed.), *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ªed.). Lisboa: Climepsi Editores

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (1999). Diário da República – I Série –A, nº 204, de 1 de Setembro de 1999, 6115-6132.

Assis, S. G., Avanci, J. Q., e Oliveira, R. D. V. C. D. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de saúde pública*, 43, 92-100. doi: 10.1590/S0034-89102009000800014

Bairrão J. e Almeida, I. C. (2003). Questões atuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 27(1), 15-29.

Barroso, R. G., e Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 211-229.

Battaglia, A., Bianchini, E., e Carey, J. C. (1999). Diagnostic yield of the comprehensive assessment of developmental delay/mental retardation in an institute of child neuropsychiatry. *American journal of medical genetics*, 82(1), 60-66.

Bellman, M., Lingam, S., e Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II: User's guide* (2nd ed.) Windsor: NFER: Nelson Publishing Company Ltd.

Belsky, J. (1984). The determinants of parentig: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.

Belsky, J. e Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti e D.Cohen (Eds), *Developmental psychopathology* (pp.38-77). 2ª ed. New York: Wiley.

Belsky, J. e Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: the determinants of parenting. In D. Cicchetti e V. Carlson (Eds.), *Current research and theoretical advances in child maltreatment* (pp. 153-202). Cambridge, MA: Cambridge University Press

Benavente, R. (2001). Perturbação de comportamento na infância: diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Análise. Psicológica*, 2 (XIX), pp. 321-329.

Benavente, R. (2010). Factores de mudança nas representações da vinculação em crianças de famílias de alto-risco.

Boavida, J. e Carvalho, L. (2003). A comprehensive early intervention training approach: Portugal. In S. L. Odom, M. J. Hanson, J. A. Blackaman, e S. Kaul (Eds.)

Early intervention practices around the world (pp. 213-252) Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Bock, A. M. B., Furtado O., e Teixeira M. L. T. (2008). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 14ª edição. São Paulo: Saraiva.

Bolsoni-Silva, A. T., Salina-Brandão, A., Versuti-Stoque, F. M., e Rosin-Pinola, A. R. (2008). Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: um estudo-piloto. *Psicologia: ciência e profissão*, 18-33. Doi: 10.1590/S1414-98932008000100003

Borsa, J. C., Souza, D. S. D., e Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: teoria e prática*, 13(2), 15-29.

Bradley, R.H. (2007). Parenting in the breach: How parents help children cope with developmentally challenging circumstances. *Parenting: Science e Practice*, 7, 99-148. doi: 10.1080/15295190701306896

Bricker, D. (2001). The natural environment: A useful construct. *Infants e Young Children*, 13(4), 21-31.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

Brofenbrenner, U. e Morris, P. A. (2007). The bioecological modelo f human developmen. In W. Damon and R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology* (6th Edition), Vol. 1 (pp. 793-828). New Jersey, Hoboken, NJ: Wiley.

Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional children*, 76(3), 339-355. doi: 10.1177/001440291007600306

Calheiros, M. (2006). *A construção social do mau trato e negligência parental: Do senso comum ao conhecimento científico*.

Camilo, C., e Garrido, M. V. (2013). Desenho e avaliação de programas de desenvolvimento de competências parentais para pais negligentes: Uma revisão e reflexão. *Análise Psicológica*, 31(3), 245-268. doi: 10.14417/S0870-8231201300030003

Campbell, S. B. (1990). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York: Guilford Press.

Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113-149.

Caron, J. (2010). Psicomotricidade: um recurso envolvente na psicopedagogia para a aprendizagem. *Revista de Educação do IDEAU*, 5(10), 1-17.

Carvalho, L.; Almeida I.; Felgueiras, I.; Leitão, S.; Boavida, J.; Santos, P. Serrano, A.; Brito, T; Pimentel, J.; Pinto, A.; Grande, C.; Brandão, T. e Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.

Cavalari, N., e Garcia, K. (2010). A Importância Da Psicomotricidade no Desenvolvimento Psicológico da Criança. 1. Caderno Multidisciplinar de Pós-Graduação da UPC.

Cia, F. e Barham, E. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho académico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 45-55.

Correia, L. D., e Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto: Porto Editora, LDA.

Costa, J. (2008). Um olhar para a criança (1ª ed.). Lisboa: Trilhos Editora.

Coutinho, M. T. (2000). Intervenção Precoce e Formação Parental. *Revista de Educação especial e Reabilitação vol*, (2), 71-84.

Cova, F., Maganto, C., e Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. *Psykhé (Santiago)*, 14(1), 227-232.

Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica—o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*, 19, 139-156.

Dornelas, L. F., Castro Duarte, N. M., e Castro Magalhães, L. (2015). Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1), 88-103. doi: 10.1016/j.rpped.2014.04.009

Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. Analysis and intervention in developmental disabilities, 5(1-2), 165-201.

Dunst, C. J. (2000). Revisiting “Rethinking Early Intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 95-104.

Dunst, C. J. (2006). *Parent-mediated everyday child learning opportunities: I. Foundations and operationalization*. CASEinPoint.

Dunst, C. J., e Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional children*, 68(3), 361-375.

Dunst, C. J., Hamby, D. Trivette, C. M., Raab, M., e Bruder, M. B. (2002). Young children’s participation in everyday family and community activity. *Psychological Reports*, 91, 875-897.

Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. M. e Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning oportunities. In R. A. McWilliam (Ed.). *Working with families of young children with sprecial needs* (pp.60-92). New York: Guilford Press.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., e Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., e Deal, A. (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practice* (Vol. 1). Cambridge, MA: Brookline Books.

EHSNRC. - Early Head Start National Resource Center (2004). *Home Visitor’s Handbook for the Head Start Home-Based Program Option*. Early Head Start National Resource Center. U.S. Department of Health and Human Services;

Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor em crianças com perturbações mentais. A associação portuguesa de Psicomotricidade, 3, 67 – 75.

EMDIIP Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (2015). Relatório de atividades. Retirado a 18 de Outubro de 2017 de <https://emdiip.com/relatorio-de-contas-e-atividades>

EMDIIP (2016). Relatório de contas 2016. Retirado a 18 de Outubro de 2017 de <https://emdiip.com/relatorio-de-contas-e-atividades>

EMDIIP (2017a). Regulamento de funcionamento – CLIP retirado a 15 de Janeiro 2018 de <https://www.emdiip.com/estatutos-e-regulamentos>

EMDIIP (2017b). Retirado a 17 de Outubro de 2017 de <https://www.emdiip.com/cafap-centro-de-apoio-familiar-e-acompanhamento-parental>

EMDIIP (2017c). Regulamento de funcionamento - CAFAP retirado a 19 de Outubro de 2017 de <https://www.emdiip.com/estatutos-e-regulamentos>

EMDIIP (2017d). Retirado a 17 de Outubro de 2017 de <https://www.emdiip.com/motivacao>

EMDIIP (2017e). Retirado a 18 de Outubro de 2017 de <https://www.emdiip.com/nossa-missao>

EMDIIP (2017f). Retirado a 18 de Outubro de 2017 de <https://www.emdiip.com/equipa-de-apoio-ao-desenvolvimento-infantil>

EMDIIP (2017g). Retirado a 18 de Outubro de 2017 de <https://www.emdiip.com/equipa-tecnica>

EMDIIP (2017h). Retirado a 22 de Outubro de 2017 de <https://www.emdiip.com/apoios-parcerias>

Falkenbach, A. P.(n.d.) Psicomotricidade: um olhar descritivo das suas distintas vertentes.

Feldman, M. A. (1994). Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities*, 15(4), 299-332. doi: 10.1016/0891-4222(94)90009-4

Ferreira, J. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(6), 703-12.

Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., e Puntel, L. P. (2007). Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259. doi: 10.1590/S0034-89102006005000017

Fewell, e Folio. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales. Examiner's Manual. - 2nd ed. Austin, TX: Pro- ED.*

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar*. Revista A Psicomotricidade, nº3, pp. 18-31 Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2004). *Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Edições.

Fonseca, V. (2006). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. A Psicomotricidade*, 8, 9-18.

Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), 42-52.

Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: Edições FMH.

Foster, E. M., Jones, D. E., e Conduct Problems Prevention Research Group. (2005). The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1767-1772.

doi: 10.2105/AJPH.2004.061424

Fragoso, T. (2017). Prefácio. In Xerepe, F., Costa, I. F., e Morgado, M. R. O. *O Risco e o Perigo na Criança e na Família*. Lisboa: PACTOR

Franc, N. (2002). En torno al juego y la intervencion psicomotriz. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 5 33-46

França, C. D., e Zuchetto, A. T. (2004). Comportamento social de portadores de síndrome de Down em contexto de atividade motora adaptada. *Revista da Sobama*, 9(1), 15-24.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), pp. 113-121. doi: 10.5380/psi.v11i1.6452

Franco, V., e Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo-Criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional Saúde do Alentejo. Instituto Público.

Gallo, A. E., e Williams, L. C. A. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 81-95.

Gomes, A. C. F. (2018). Maus tratos: a Negligência Parental e a Proteção Social dos Menores. Uma visão sobre as conceções dos profissionais (Doctoral dissertation).

Gómez, E., Muñoz, M. M., e Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé (Santiago)*, 16(2), 43-54. doi: 10.4067/S0718-22282007000200004

Gras, R. M. L. (2004). Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana: Vínculo, diferenciación y autonomía. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (22), 101-106.

Guralnick, M.J. (2017). Early intervention for young children with developmental delays. In H. Sukkar, C.J. Dunst, e J. Kirkby (Eds.), *Early Childhood Intervention* (pp. 17-35). Oxon, UK: Routledge. doi: 10.3390/educsci7040078

Hanson, M. J., e Lynch, E. W. (1995). *Early intervention: Implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled*. PRO-ED, 8700 Shoal Creek Blvd., Austin, TX 78757-6897.

Hochstenbach, R., Binsbergen, E., Engelen, J., Nieuwint, A., Polstra, A., Poddighe, P., Claudia, Ruivenkamp, C., Sikkema-Raddatz, B., Smeets, D. e Poot, M. (2009). Array analysis and karyotyping: workflow consequences based on a retrospective study of 36,325 patients with idiopathic developmental delay in the Netherlands. *European journal of medical genetics*, 52(4), 161-169. doi:10.1016/j.ejmg.2009.03.015

Hoghughi, M. (2004). Parenting: na introduction. In M. Hoghughi e N. Long (Eds.), *Handbook of parenting: theory and research for practice*. (pp. 1-18). London: Sage.

Klass, C. S. (2008). *The Home Visitor's Guidebook: promoting optimal parent and child Development*. Paul H. Brookes Publishing.

Latterza, E. (2010). A importância da psicomotricidade na arteterapia em um hospital oncológico. São Paulo: UNFAI Centro Universitário Assunção, *Trabalho de Conclusão de Curso*.

Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro – Diário da República n.º204/1999, Série I-A. Assembleia da República, Lisboa.

Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., e Liberatore, R. D. R. J. (2010). Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 41-48.

Lussac, R. M. P. (2008). Psicomotricidade: história, desenvolvimento, conceitos, definições e intervenção profissional. *Revista Digital Buenos Aires*, 13.

Machado, F. S., e Tavares, H. M. (2010). Psicomotricidade: da prática funcional à vivenciada. *Em Extensão*, 9(1).

Majnemer, A. (1998). Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 5, No. 1, pp. 62-69). WB Saunders. doi:10.1016/S1071-9091(98)80020-X

Mann, B. (2008). *What works for whom? Promising practices in parenting education*. Ottawa: Canadian Association of Family Resource Programs.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa, Cruz Quebrada: FMH Edições.

Matos, A. R., e Sousa, L. M. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 65-80.

McGuinness, T. M., e Schneider, K. (2007). Poverty, child maltreatment, and foster care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5), 296-303. doi: 10.1177/1078390307308421

McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention: Supporting young children and their families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Mello, A. M. (1989). *Psicomotricidade, Educação e Jogos Infantis* (Vol. 35). Ibrasa.

Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second edition*. Austin, TX: PRO-ED.

Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (1999) – Despacho Conjunto nº 891/99. Orientações reguladoras da intervenção precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias. 19.10.1999.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro de 2009. *Diário de República*, 1ª Série (193), 7298-7301.

Moura, C. B. D., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., e Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1(1), 1-8.

Moore, T. G. (2012). Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. *Pauline McGregor Memorial Address*.

Neves, A. D. M. (2014). Dança e Psicomotricidade: Propostas do ensino da dança na escola. *SCIAS-Arte/Educação*, 3(3), 67-85.

Nelson, C. (2000). The neurobiological basis of early intervention. In J. Shonkoff, e S. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 204-227). Cmbridge University.

Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016). *Mestrado em Reabilitação Psicomotora – Normas Regulamentares*. Cruz-Quebrada. Faculdade de Motricidade Humana (Documento não Publicado)

Núncio, M. J. (2013). Políticas de Família e Intervenção Social com Famílias. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Nunes, S. C. M. (2013). Estudo dos efeitos de um Programa de Formação Parental nas variáveis de risco Psicossocial de famílias com filhos em idade escolar.

Onofre, P. (2004). A criança e a sua psicomotricidade. *Uma pedagogia livre e aberta em Intervenção motora educacional*. Lisboa, Trilhos Editora.

ONU/ UNICEF (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. New York: UNICEF. Retirado de https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2006), *Desenvolvimento Humano*, Artmed ISBN 85-363-0208-9.

Prianti, S. M., e Cabanas, A. (2007). A Psicomotricidade Utilizando A Terapia Assistida Por Animais Como Recurso Em Adolescente Down: Um Estudo De Caso. *Anais do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica*.

Provost, B., Lopez, B., e Heimerl, S. (2007). Levels of Gross and Fine Motor Development in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Physical e Therapy in Pediatrics*, 27(3). doi: 10.1080/J006v27n03_03

Portaria n.º 139/2013, de 2 de abril. Diário da República, n.º 64/2013 – I Série A. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Lisboa.

Pourtois, J.P., Desmet, H., Barras, C. (1994). *Educação familiar e parental Inovação*, 7(3), 289-305.

Pratas, A., Eira, J., Ribeiro, E. J., e Cordeiro, L. (2018). A par e passo com a família: a importância da educação parental para os técnicos que intevêm junto de famílias multidesafiadas| Side by side with the family: the importance of parental education with high risk indigent families. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 247-259.

Ribeiro, M. J. D. S. (2003). *Ser família: Construção, implementação e avaliação de um programa de educação parental*.

Riou, E. M., Ghosh, S., Francoeur, E., e Shevell, M. I. (2009). Global developmental delay and its relationship to cognitive skills. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 51(8), 600-606. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03197.x

Rocha, M. M. D. (2017). Rastreio de problemas comportamentais e desenvolvimentais em pré-escolares usando o Inventário dos Comportamentos de Crianças de 1, 5 a 5 anos (CBCL/1, 5-5).

Rosario-Montejo, O., Molina-Rueda, F., Muñoz-Lasa, S., e Alguacil-Diego, I. M. (2015). *Effectiveness of equine therapy in children with psychomotor impairment. Neurología*, 30(7), 425-432. doi:10.1016/j.nrleng.2013.12.017

Sameroff, A. J., e MacKenzie, M. J. (2003). A Quarter-Century of the Transactional Model: How Have Things Changed?. *Zero to Three (J)*, 24(1), 14-22.

Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x

Sameroff, A. J., e Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 135-159.

Santoro, E., Pandolfo, H., Rosenfeld, J., e Raskin, S. (2016). A 10.43 Mb duplication of chromosome region 5q31. 2-q32 associated with a general delay in

psychomotor development. *Meta Gene*, 11, 169-171.
doi:10.1016/j.mgene.2016.09.001

Santos, R., Seixas, S. R., e Piscalho, I. (2017). Contributos da Psicomotricidade na Intervenção Precoce – Estudo de Caso. Contributions of psychomotricity in early intervention-case study. *Revista da UIIPS*, 5(1), 21-33.

Sheridan, M. D. (1975). *Children's developmental progress from birth to five years: The Stycar sequences*. Delmar Pub

Sherifali, D. e Ciliska, D. (2006). Parenting children with diabetes and Belsky's determinants of parenting model: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 636–642. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03955.x

Shevell, M. I. (1998,). The evaluation of the child with a global developmental delay. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 5, No. 1, pp. 21-26). Elsevier.

Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., Majnemer, A., Noetzel, M., e Sheth, R. D. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60(3), 367-380. doi:10.1212/01.WNL.0000031431.81555.16

Shevell, M. I., Majnemer, A., Rosenbaum, P., e Abrahamowicz, M. (2000). Etiologic yield of subspecialists' evaluation of young children with global developmental delay. *The Journal of pediatrics*, 136(5), 593-598. doi: 10.1067/mpd.2000.104817

Shonkoff, J. e Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.

Silva, A. T. B. (2000). Problemas de comportamento e comportamentos socialmente adequados: sua relação com as habilidades sociais educativas de pais. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos.

Simões, A. C. L. (2003). A importância da intervenção precoce centrada na família. *Revista Integrar*, 21(2), 53-57

Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multi-problem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2), 163-179.

Tegethof, M. I. S. C. D. (2007). Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias.

Teixeira-Arroyo, C., e Oliveira, S. R. G. (2007). Atividade aquática e a psicomotricidade de crianças com paralisia cerebral. *Motriz. Revista de Educação Física. UNESP*, 13(2), 97-105.

Tervo, R. C. (2006). Identifying patterns of developmental delays can help diagnose neurodevelopmental disorders. *Clinical pediatrics*, 45(6), 509-517. doi: 10.1177/0009922806290566

Tisot, C. M., e Thurman, S. K. (2002). Using behavior setting theory to define natural settings: A family-centered approach. *Infants e Young Children*, 14(3), 65-71.

Trickett, P. K., e Kuczynski, L. (1986). Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and nonabusive families. *Developmental psychology*, 22(1), 115.

Trivette, C. e Dunst, C. J. (2005). DEC recommended practices: famil-focused practices. In S. Sandall, M. L. Hemmeter, B. J. Smith, e M. E. McLean (Eds.) DEC recommended practices: A comprehensive guide or pratical applicatin (pp. 107-126). Longmont, CO: Sopris West.

Vieira, J. L., Batista, M. I. B. e Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática* (2ª edição). Curitiba: Filosofart Editora.

Webster-Stratton, C. (1997). *Early intervention for families of preschool children with conduct problems*. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 429-453). Baltimore: Paul H. Brookes.

Williams, M. E., Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., e Whitaker, C. J. (2013). Schedule of Growing Skills II: Pilot study of an alternative scoring method. *Psychology*, 4(3), 143. doi: :10.4236/psych.2013.43021

Anexos

Anexo A – Projeto de Investigação

Avaliação de competências pré-escolares num Jardim de Infância: O papel do psicomotricista num estudo longitudinal e transversal

Resumo: O presente estudo debruça-se sobre a importância de avaliar as aptidões e dificuldades das crianças em idade pré-escolar, com o objetivo de traçar estratégias de apoio, tanto para educadoras como para famílias, de modo a preconizar o desenvolvimento infantil e o sucesso escolar. No estudo empírico foi avaliado um grupo de 19 crianças do ano 2017, proveniente de 2 salas distintas e um grupo de 21 crianças do ano 2018, de 3 salas diferentes. Para avaliar as competências pré-escolares utilizaram-se as Provas de Diagnóstico do Pré-escolar (La Cruz, 1996). Com base nos resultados, em ambos os anos não existiram crianças com um percentil inferior de competências pré-escolares. Da análise transversal, verificou-se existir modificações nos perfis de cada sala. Na análise longitudinal destaca-se a mudança nas áreas com o percentil mais baixo: constância da forma (70,4) em 2017 e memória auditiva (54,5) em 2018. No ano 2017, procedeu-se à entrega de estratégias por parte do psicomotricista às educadoras e às famílias, podendo ser também esta uma razão de o ano 2018 ter percentis mais baixos. No artigo são ainda colocadas várias possibilidades de fatores que podem influenciar as competências pré-escolares focando-se estes na criança, na família e padrões sociais.

Palavras-chave: Capacidades pré-escolares, Estratégias escolares, Psicomotricista, Educação Pré-escolar.

Abstract: The present study focuses on the importance of assessing the skills and difficulties of pre-school children, with the objective of outlining support strategies for both educators and families in order to promote child development and school success. In the empirical study was evaluated a group of 19 children from 2017, coming from 2 different rooms and a group of 21 children from 2018, coming from 3 different rooms. Pre-school competences were used in the Pre-School Diagnostic Tests (La Cruz, 1996). Based on the results, in both years there were no children with a lower percentile of pre-school skills. From the cross-sectional analysis, there were modifications in the profiles

of each room. The longitudinal analysis highlights the change in the areas with the lowest percentile: constancy of form (70.4) in 2017 and auditory memory (54.5) in 2018. In 2017, from the psychomotricist to educators and families, and this may also be a reason for the year 2018 to have lower percentiles. In the article are posed several possibilities of factors that can influence preschool skills focusing on the child, the family and social patterns.

Key words: Preschool skills, School strategies, Psychomotrician, Pre-school education.

1. Introdução

A Educação Pré-escolar destina-se a crianças com idades compreendidas entre os três e os seis anos de idade, sendo esta uma idade particular no desenvolvimento e preparação para a criança ingressar no ensino básico (Cardona, 2017). De acordo com Bairrão (1997) deve-se, no ensino pré-escolar, valorizar essencialmente a promoção de um desenvolvimento global e harmonioso da criança.

Por ter um papel global, a educação pré-escolar passa a ser determinante, pois o foco dá-se em organizar um conjunto de experiências a partir das quais as crianças aprendem e desenvolvem competências sociais e pessoais (Fitas, 2012).

1.1. O pré-escolar em Portugal

A educação pré-escolar começou a ser tida em conta em Portugal após a revolução de 25 de Abril de 1974, uma vez que até então, ao contrário do que acontecia com a escola, a educação em idades mais precoces não era reconhecida. Apenas em 1997 foram estabelecidas as primeiras Orientações Curriculares por parte do Ministério da Educação, sendo nesta altura que à ideia de desenvolvimento, se acrescenta a ideia de aprendizagem, sendo estes pontos fulcrais na educação pré-escolar (Cardona, 2017; ME/DEB, 1997).

Em 2001, foi estabelecido um referencial de competências para o ensino básico, o que influenciou indiretamente o trabalho das educadoras de infância, que passaram a implementar modelos nos quais a autonomia das crianças era progressivamente trabalhada (Cardona, 2017; ME/DEB, 2001).

Em 2011, foram definidas novas metas de aprendizagem, onde o ensino pré-escolar foi também incluído, deixando claro quais os resultados a alcançar por parte das

crianças nestas faixas etárias, e consequentemente o que é favorável ao sucesso escolar da criança, havendo consequentemente uma avaliação das competências das crianças (Cardona, 2017; ME/DGIDC, 2011).

Em 2016 são publicadas novas Orientações Curriculares, onde se deu maior importância à avaliação no âmbito da educação pré-escolar, onde a participação ativa das famílias no processo de gestão curricular é bastante valorizada, e onde passou a ser considerado essencial a promoção de todas as áreas de conteúdo, promovendo assim a aprendizagem (Cardona, 2017; ME/DGE, 2016).

1.2. A importância da avaliação na educação pré-escolar

Segundo Cardona (2017), a avaliação no âmbito da educação pré-escolar é realizada de forma formativa, promovendo uma melhoria das práticas educativas que são utilizadas junto das crianças. A avaliação tem como objetivo fornecer apoio ao trabalho de planificação realizado pelas educadoras, permitindo uma avaliação do desenvolvimento e da aprendizagem das crianças, mas focando sempre a visão de apoiar o trabalho que fora planeado. Neste processo de avaliação, é valorizada a participação ativa da criança, assim como é dado a conhecer à família todo o trabalho realizado (Cardona, 2017).

Existem diversas técnicas e inúmeros instrumentos de avaliação que se baseiam não apenas na observação direta, mas também em entrevistas, nos portefólios constituídos pelos trabalhos das crianças ao longo do tempo, fotografias, questionários à criança e às famílias, entre outros métodos, que permitem uma visão ampla da criança, assim como das suas evoluções e aprendizagens (Fitas, 2012).

A avaliação é essencial no âmbito da educação pré-escolar, uma vez que permite identificar o nível de desenvolvimento e das necessidades das crianças tendo em conta as suas faixas etárias, fazendo um ponto da situação do desenvolvimento a nível cognitivo, psicomotor, sócio-afetivo e das aprendizagens. A avaliação das crianças acaba também por espelhar a prática pedagógica que com ela é utilizada, mostrando se esta está, ou não, a ser a mais adequada, permitindo ajustes (Fitas, 2012).

É possível detetar problemas de aprendizagem logo na fase pré-escolar, tendo essas dificuldades repercussões no desempenho académico das crianças, sendo,

portanto, fundamental a avaliação, permitindo assim uma intervenção adequada e atempada (Marín-Méndez, Borra-Ruiz, Álvarez-Gómez & Esperón, 2017).

Neste contexto, a avaliação deve ocorrer individualmente com cada criança, devendo também ser complementada com uma avaliação coletiva do grupo, uma vez que se interrelacionam diretamente (Fitas, 2012).

Deste modo, a avaliação consiste num processo de monitorização das aprendizagens da criança, que permitem identificar se em cada área de conteúdo, foram adquiridos os conhecimentos essenciais que permitam a passagem para o primeiro ano do ensino básico, verificando para tal os desempenhos das crianças, e, nos casos necessários, aplicar as devidas estratégias e métodos que permitam a progressão necessária para ingressar no primeiro ciclo (Cardona, 2017).

1.3. Orientações curriculares na educação pré-escolar

O processo de avaliação na educação pré-escolar tem como referência as metas curriculares de aprendizagem que são definidas tendo em conta a idade de ingresso para o ensino básico, ou seja, na transição entre os 5 e os 6 anos (Cardona, 2017).

As grelhas de avaliação são construídas em equipa tendo em conta as orientações curriculares para a educação pré-escolar (ME/DGE, 2016), e organizadas tendo em conta a idade das crianças, definindo diferentes metas para os 3, 4 e 5/6 anos de idade (Cardona, 2017).

Existem 3 áreas de conteúdo a ter em conta a nível das orientações curriculares, sendo elas a Área de Formação Pessoal e Social, a Área de Expressão e Comunicação, e a Área do Conhecimento do Mundo (ME/DGE, 2016).

A primeira área referida, é transversal, englobada no trabalho educativo que se desenvolve no jardim de infância, com vista a ajudar a criança a desenvolver as suas capacidades de relacionamento com os outros, consigo mesma e com o mundo, ensinando valores e atitudes que serão essenciais para a construção da sua identidade, para a vida futura, para a cidadania e para a solidariedade (ME/DGE, 2016).

A área de Expressão e Comunicação encontra-se dividida por domínios que são considerados igualmente fundamentais no processo de aprendizagem da criança. O Domínio Motor engloba a educação motora, e todo o processo de consciência, domínio e utilização do corpo, essencial para a relação como o mundo e para o desenvolvimento

global da criança, e consequentemente para a sua aprendizagem. O Domínio da Educação Artística abrange as artes visuais, dramatização, música e dança, sendo estas fundamentais para o desenvolvimento da comunicação e da expressão das crianças (ME/DGE, 2016). No domínio da Linguagem Oral e Abordagem à Escrita, começam a ser trabalhadas as competências essenciais para o ensino formal. No âmbito da linguagem oral, são progressivamente aumentadas as capacidades de compreensão, produção e consciência linguística. Relativamente à abordagem à escrita, ocorre na educação pré-escolar não na forma clássica, mas sim através do contacto com a leitura e textos escritos, compreendendo para que serve a leitura e a escrita, mesmo sem saber ler nem escrever de forma formal, ficando a criança motivada para o aprender a fazer mais tarde (ME/DGE, 2016). Por fim, o domínio da Matemática fornece as noções matemáticas básicas, que influenciarão os conceitos matemáticos e aprendizagens adquiridas posteriormente, assim como a sua utilização na vida quotidiana (ME/DGE, 2016).

Ainda nas orientações curriculares é de salientar a Área do Conhecimento do Mundo, que diz respeito às aprendizagens da criança relativamente ao mundo, à curiosidade natural, e aos “porquês” naturais destas idades, nomeadamente a nível das ciências naturais, sociais e tecnologias. Incide também na aquisição de atitudes positivas nas relações com os pares, e com os adultos, respeitando o ambiente e a cultura na qual se inserem (ME/DGE, 2016).

1.4. A importância do psicomotricista na educação pré-escolar

Entrar numa estrutura de ensino e aprendizagem, coloca em importância saber olhar para o modo como se ensina, bem como o modo como se avalia. A entrada de um Psicomotricista numa sala de pré-escolar, traz consigo um conhecimento técnico e prático que permite moldar um melhor potencial entre as possibilidades da sala, o desenvolvimento infantil, as rotinas de sala, bem como a agenda de atividades criadas.

De acordo com a Direção geral para a Educação (DGE, 2013) o psicomotricista tem como competências:

- Avaliar e realizar um diagnóstico do perfil e desenvolvimento psicomotor;
- Dominar modelos e técnicas de habilitação e reabilitação psicomotora dirigidas a populações com necessidades educativas especiais ou em caso de risco;

- Prescrever, planear, avaliar, implementar e reavaliar programas de educação, reeducação e terapia psicomotora
- Formar, supervisionar e orientar de outros técnicos nos âmbitos anteriormente referidos;
- Realizar consultoria e organização de serviços.

A interação da criança com mundo é um elemento fundamental no seu desenvolvimento e que é preciso controlar como se encontra estruturado. Segundo Piaget (1943) a inteligência é construída partindo da atividade motora, sendo a aprendizagem resultado do movimento da criança em relação ao meio, e os seus intervenientes.

O Psicomotricista é um técnico que pode intervir no contexto de sala de aula, aumentando as experiências da criança nesse mesmo contexto, recorrendo para tal ao lúdico, ajudando assim a que esta ultrapasse as suas dificuldades (Alves & Bianchin, 2010).

Segundo Le Boulch (1984), a educação psicomotora encontra-se na base do processo de aprendizagem das crianças, uma vez que essa mesma aprendizagem ocorre do geral para o específico, sendo a vida escolar diretamente influenciada pelas habilidades do âmbito do desenvolvimento motor. É através da educação psicomotora que a criança inicia o processo de consciencialização de si mesmo e do seu corpo, e consequentemente de fatores psicomotores como a lateralidade, orientação espaço-temporal e coordenação, essenciais para a sua vida (Monteiro, 2015).

Contudo, é essencial que o terapeuta tenha especial atenção às limitações e potencialidades a nível psicomotor, de acordo com a faixa etária das crianças com as quais intervém, devendo conhecer não apenas as necessidades do grupo, mas também as necessidades individuais de cada criança, potenciando assim a aprendizagem de todos (Monteiro, 2015).

1.5. Aspetos inovadores do Programa de Intervenção e Implementação de Estratégias em Sala EMDIIP

Consideramos que este programa é bastante inovador, uma vez que apoia as educadoras no que diz respeito a compreender quais os domínios que devem dedicar mais tempo e trabalho, bem como no modo como são expostas as atividades,

promovendo sempre o desenvolvimento mais adequado possível das crianças que acompanham.

O Psicomotricista ao orientar para uma avaliação nas competências pré-escolares permite criar um outro aspeto inovador na estrutura de sala pré-escolar. Aqui existe a possibilidade de identificar áreas fortes e menos fortes na criança, que permite desenvolver estratégias a adotar pela escola e pela família, permitindo uma intervenção sistémica.

1.6. Plano de estudo

Este trabalho procura analisar o desempenho dos alunos em fase de transição do ano pré-escolar para o ensino básico, sendo que com os valores médios desses resultados, foram criados vários perfis de sala. Uma das questões que queremos considerar é se após discutir estratégias de intervenção com as educadoras, estas adaptações permitiram uma modificação do perfil de sala de um ano para o outro. A questão seguinte é identificar se esta forma de traçar um perfil de sala, pode ser válida para identificar áreas de desenvolvimento onde as educadoras se encontram a investir menos, levando a que as crianças possam estar a ser prejudicadas na intensidade com que o estímulo se encontra a ser dado. Pretendemos também analisar o desempenho das educadoras, visto que se mantém de um ano para o outro, mudando apenas de alunos, com o objetivo de compreender se as estratégias fornecidas em 2017, continuam a ser utilizadas em 2018, mesmo sem estas serem lembradas.

1.7. Amostra

Neste estudo experimental foram utilizadas crianças com o critério de respeitarem a condição etária dos 5 anos de idade e também estarem no ensino pré-escolar. As crianças avaliadas frequentam o Instituto Condessa de Cuba, mesmo local onde as avaliações se desenvolveram. O presente estudo integra um grupo de 19 crianças do ano 2017 e um grupo de 21 crianças do ano 2018. No ano 2017, respeitando os critérios de inclusão ao estudo, apenas 2 salas (sala azul e sala laranja) tiveram crianças para incluir no presente estudo. Já no ano 2018, passaram a existir 3 salas (sala azul, sala laranja e sala turquesa). É de importância referir que as educadoras de cada sala são

as mesmas, havendo assim apenas uma mudança de crianças do ano 2017 para o ano 2018.

Os valores do ano 2017 foram registados por uma psicomotricista, sendo que as crianças foram sujeitas a dois momentos de avaliação, e no período entre esses momentos foram aplicadas estratégias que visaram melhoras os domínios avaliados. Em 2018, existiu apenas um momento de avaliação, sendo que embora não tenham sido abordadas estratégias, duas das educadoras haviam discutido estratégias no ano anterior. Para o presente estudo incluíram-se os dados da avaliação final de 2017 com a única avaliação de 2018, visto o critério ter sido o tempo, e os registos terem ocorrido no final do ano letivo de 2017 e de 2018.

Tabela 1 - Apresentação da amostra do presente estudo

	Sala Laranja				Sala Azul				Sala Turquesa		Total	
	2017		2018		2017		2018		2018			
	N= 8		N=10		N=11		N=6		N=5		N= 40	
Género	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.
Número	5	3	4	6	6	5	2	4	2	3	19	21

1.8. Instrumento

A bateria Provas de Diagnóstico Pré-escolar (PDPE) foi desenvolvido por Maria Victoria de la Cruz em 1996, com o objetivo de avaliar as capacidades básicas que são fundamentais para a aprendizagem escolar, destinando-se a crianças entre os 5 e os 7 anos (Cruz, 1996).

Este instrumento encontra-se padronizado para a população portuguesa (N=758), disponibilizando tabelas normativas por faixa etária e por escolaridade, e os resultados obtidos permitem compreender as competências e as dificuldades das crianças, ajudando as educadoras a planear atividades que pretendam desenvolver aspetos cognitivos menos fortes de cada criança, preparando-as deste modo para as exigências académicas que enfrentarão (Cruz, 1996).

As PDPE avaliam domínios referentes às áreas da leitura, escrita e matemática, mais especificamente os domínios Verbal, Conceitos Qualitativos, Memória Auditiva, Constância da Forma, Posições no Espaço, Orientação Espacial, Coordenação Visuomotora e Perceção Visual (Cruz, 1996). Para cada um destes domínios, as crianças respondem a itens, recorrendo a instruções verbais que são fornecidas pelo adulto, sendo deste modo possível avaliar as competências relativas à compreensão,

linguagem recetiva, vocabulário, relações numéricas, sentido de número, memória auditiva, percepção visual, posições no espaço e coordenação visuomotora.

A avaliação pode ser feita individualmente ou em grupo, uma vez que recorrendo a instrução verbal, pretende-se em quase todos os domínios que as crianças realizem uma cruz na imagem que consideram correta, de acordo com a instrução que fora fornecida pelo avaliador, podendo essa instrução ser de forma direta (e.g. assinala a imagem de uma casa) ou indireta (e.g. assinala o que serve para comer). Outras provas exigem outro tipo de resposta, nomeadamente pintar ou produzir um desenho.

Falando mais aprofundadamente de cada domínio, é de salientar que o domínio verbal é constituído por um conjunto de 16 itens, nos quais a criança deve assinalar com uma cruz no elemento pedido pelo adulto (e.g. coloca uma cruz no galo; coloca uma cruz no que está enrolado). A pontuação máxima possível de obter neste domínio é de 16 pontos.

Relativamente ao domínio de Conceitos Qualitativos, o processo de resposta é idêntico ao apresentado anteriormente, pedindo à criança que assinale com uma cruz a imagem solicitada (e.g. coloca uma cruz no que é mais comprido; coloca uma cruz na primeira flor; coloca uma cruz na seta maior). Este domínio é constituído por 14 itens, sendo o resultado máximo possível de obter correspondente a 16 pontos.

No domínio Memória Auditiva é pedido à criança que memorize 7 palavras(objetos) ditas pelo avaliador, sem as verem durante o processo de memorização. Posteriormente, é mostrada à criança uma folha com várias imagens, incluindo as 7 referidas anteriormente, e outras 7 que não foram referidas. Pede-se à criança que assinale com uma cruz as figuras que foram ditas pelo avaliador. A pontuação máxima desta prova é de 7 pontos, no caso de assinalar todas as imagens corretas e nenhuma incorreta.

Em relação ao domínio Constância da Forma, é pedido à criança que assinale com uma cruz todas as imagens iguais à imagem modelo, apresentada acima das restantes. Se a criança assinalar as 12 imagens corretas e nenhuma incorreta obtém a pontuação máxima de 12 pontos, caso assinale imagens diferente da imagem modelo desconta-se 1 ponto por cada uma das imagens mal assinaladas.

No que diz respeito ao domínio Posições no Espaço, é pedido à criança que assinale as imagens que se encontram na mesma posição da imagem modelo. Este domínio é constituído por 7 itens, sendo a pontuação máxima de 14 pontos.

No domínio de orientação espacial, existem duas provas, uma primeira onde é pedido à criança que pinte duas figuras de modo a que fiquem iguais à figura modelo. Na segunda prova, é pedido que a criança reproduza imagens exatamente iguais às apresentadas como modelo, com a mesma orientação e dimensão. A pontuação máxima é de 16 pontos.

O domínio de Coordenação Visuomotora avalia a capacidade da criança em realizar traços, contínuos, dentro dos limites estabelecidos, obtendo 2 pontos por casa item, e um total de 12 pontos se assim o fizer.

No domínio de Percepção Visual as crianças devem identificar as figuras-fundo de cada imagem apresentada. Se identificarem as imagens e as assinalarem de forma correta, a pontuação corresponde a 9 pontos.

A pontuação final da prova resulta do somatório das pontuações de todos os domínios, correspondendo este valor a um percentil, que é possível comparar com o percentil esperado para a faixa etária, ou com o percentil adequado para o ano de escolaridade. Neste estudo, a comparação foi feita tendo em conta a idade, e os resultados abaixo de 35 foram considerados a baixo da média, entre os 35 e 65 considerou-se na média, e resultados acima de 65 foram considerados acima da média.

1.9. Estatística

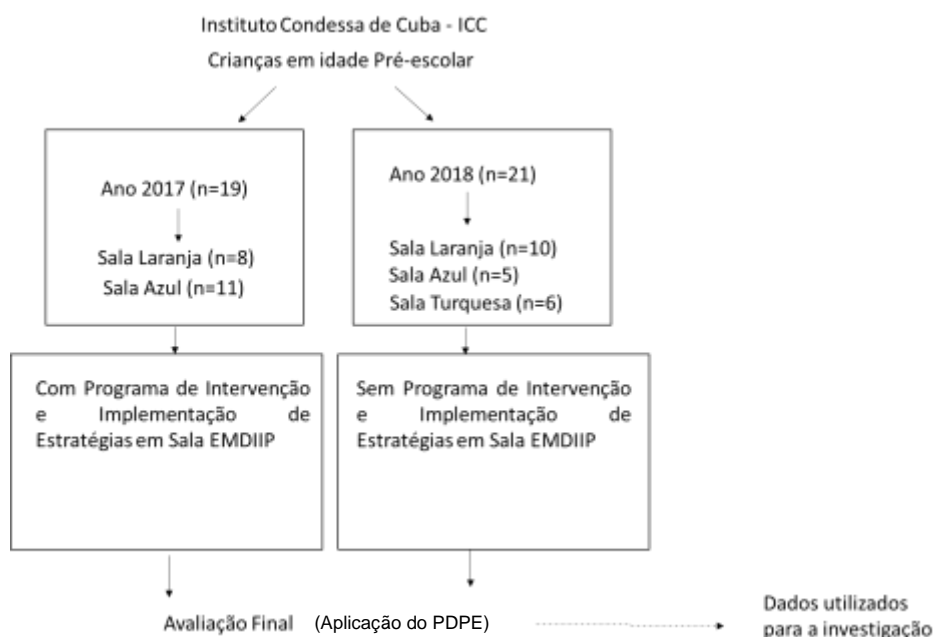
A construção dos gráficos foi realizada com o software Graphpad Prism (GraphPad Software, Inc.). Foram aceites todos os valores para a amostra, nenhum sujeito foi excluindo. O critério de inclusão abrangeu crianças do Instituto Condessa de Cuba, na faixa etária dos 5 anos de idade, que frequentassem ensino pré-escolar.

1.10. Procedimento

Os testes foram aplicados na sala terapêutica da EMDIIP, que se localiza no Instituto Condessa de Cuba. As avaliações foram aplicadas a duas crianças de cada vez, e a instrução é dada através da leitura do manual de aplicação do instrumento. No

ano anterior, o processo de avaliação ocorreu de igual forma, sendo a avaliadora a estagiária de mestrado da EMDIIP, do ano 2017.

Considera-se que não existe tendências na aplicação do instrumento e respetiva cotação, uma vez que ambas as avaliadoras respeitaram as instruções do manual.



Esquema 1 - Organograma explicativos dos elementos utilizados na recolha de dados para a presente investigação.

Tal como é possível constatar através da observação do esquema 1, quer em 2017 quer em 2018, foi aplicado o teste PDPE a todas as crianças com 5 anos, sendo que em 2017, existiu a implementação de estratégias na sala de aula, e de estratégias que a família poderia também adotar, havendo nesse caso uma avaliação antes, e outra após a aplicação das estratégias. No ano de 2018, não foram implementadas estratégias, sendo a avaliação realizada apenas no final do ano letivo, com o objetivo de verificar se as crianças tinham adquiridas as competências necessária para ingressar no ensino básico. Os resultados destas avaliações foram devidamente analisados.

2. Resultados

2.1. Resultado geral de todas salas

Seguidamente, serão apresentados os gráficos com as informações relativas aos resultados obtidos, realizando algumas comparações entre as salas, assim como as mesmas salas em anos diferentes.

Na tabela 2, são apresentados os resultados médios por sala, de cada um dos domínios avaliados.

Tabela 2 - Resultados do valor médios do percentil e SEM (desvio padrão) da bateria “PDPE” por sala do ICC

	Sala Laranja						Sala Azul						Sala Turquesa		
	2017			2018			2017			2018			2018		
	Média	SEM	n	Média	SEM	n	Média	SEM	n	Média	SEM	n	Média	SEM	n
Verbal	84,8	3,1	8	74,4	4,6	10	67,8	7,3	11	54,6	15,7	5	72,7	11,9	6
Conceitos Quantitativos	78,5	5,4	8	74,8	5,8	10	75,1	6,9	11	62,0	3,0	5	72,3	9,2	6
Memória Auditiva	76,0	5,9	8	53,5	6,1	10	82,6	6,6	11	35,8	10,1	5	71,7	3,3	6
Constância da forma	67,1	11,8	8	85,0	6,3	10	72,8	7,9	11	91,2	7,8	5	73,0	11,1	6
Posições no espaço	86,4	5,1	8	72,3	5,3	10	74,7	5,0	11	70,8	7,6	5	77,2	7,3	6
Orientação Espacial	77,8	7,3	8	89,7	3,2	10	81,8	3,3	11	70,0	7,9	5	84,0	4,7	6
Coordenação Visuomotora	82,9	4,4	8	95,0	2,3	10	90,4	3,7	11	95,4	1,8	5	87,2	6,5	6
Figura Fundo	87,1	5,3	8	90,9	3,3	10	88,8	3,8	11	79,6	11,8	5	85,5	7,3	6

É importante referir que embora duas das educadoras se tenham mantido (sala laranja e sala azul), o facto de haver uma mudança de crianças e de ter sido introduzida uma nova sala e consequentemente uma nova educadora (sala turquesa) não é possível retirar conclusões pedagogicamente eficazes, mas sim comparações qualitativas entre os resultados em 2017 e 2018.

De seguida, será apresentado o gráfico 1, onde se encontra exposto o perfil de todas as salas avaliadas em 2017 e em 2018, podendo deste modo realizar uma comparação qualitativa dos domínios avaliados.

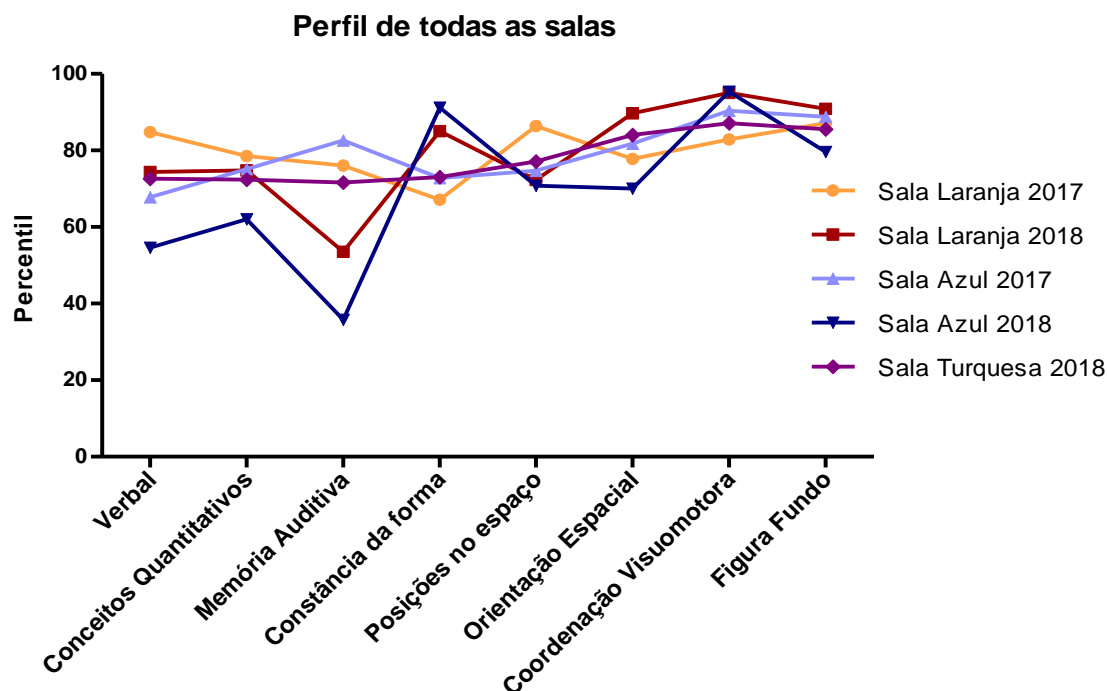


Gráfico 1 - Todos os perfis de sala – São apresentados os valores médios de cotação dos alunos que vão transitar do ensino pré-escolar para o ensino básico das salas do Instituto Condensa de Cuba, aplicando-se a bateria “PDPE”. A linha laranja representa a sala laranja 2017 (n=8), a linha castanha é referente à sala laranja 2018 (n=10), a linha azul clara diz respeito à sala azul 2017 (n=11), a linha azul escura do gráfico representa a sala azul 2018 (n=5), e por fim a linha roxa traça o perfil da sala turquesa (n=6).

Através do recurso ao gráfico 1, é possível constatar que a sala que apresenta um perfil mais homogêneo relativamente aos domínios avaliados é a sala turquesa 2018, uma vez que parecem não existir picos em nenhum domínio específico. A sala que parece apresentar maior discrepância entre os domínios avaliados, consequentemente a menos homogênea, é a sala azul 2018 uma vez que no domínio “Memória Auditiva” apresenta um valor médio bastante a baixo dos obtidos nos restantes (35,8) tal como se pode verificar na tabela 2, e no domínio “Constância da Forma” e “Coordenação Visuomotora” existe uma prestação bastante superior do que nas restantes áreas avaliadas, obtendo valores médios de 91,2 e 95,4 respetivamente, abrangendo assim o ponto máximo e mínimo do gráfico.

É também de salientar que, tal como se pode verificar pela tabela 1 e pelo gráfico 1, o valor médio mais baixo obtido (35,8) correspondeu ao domínio “Memória Auditiva”,

da sala azul de 2018. Por sua vez, o valor mais alto foi também obtido pela sala azul 2018 (95,4) e corresponde ao domínio “Coordenação Visuomotora”.

2.2. Resultado relativo à apreciação de cada sala – Efeito ao longo do tempo

Foram analisados os efeitos ao longo do tempo, com o objetivo de avaliar a educadora, uma vez que as crianças são outras, mas a equipa de sala manteve-se.

Seguidamente será apresentada um gráfico comparativo dos valores médios por domínio da Sala Laranja, nos dois anos avaliados.

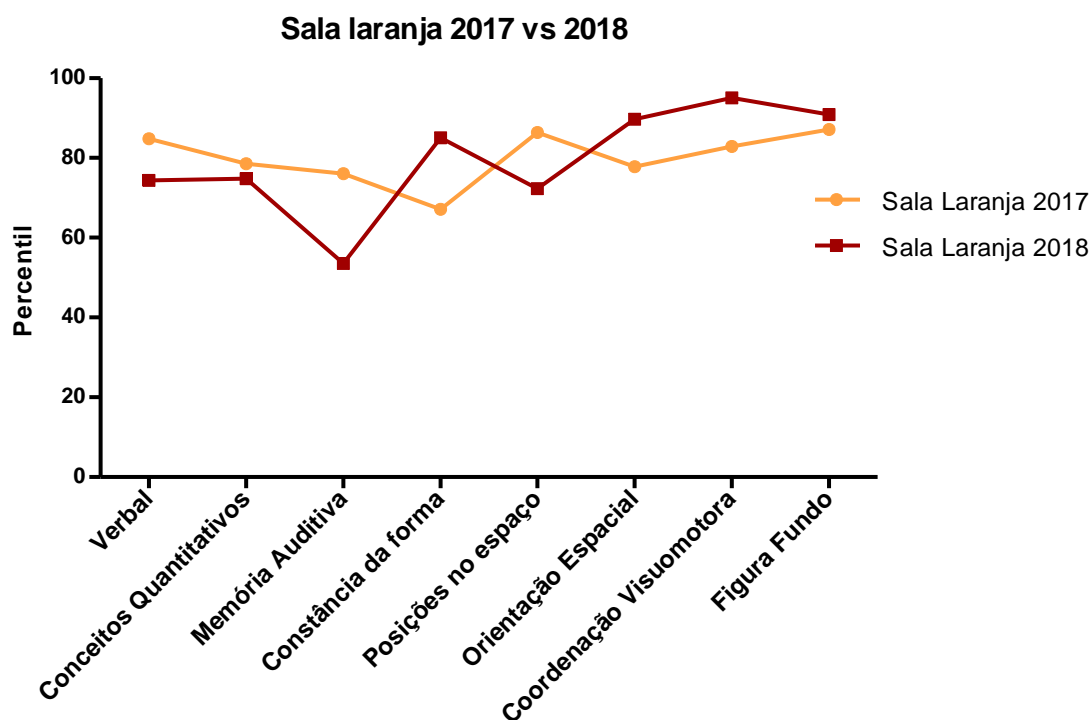


Gráfico 2 - Sala Laranja 2017 vs 2018 – São apresentados os valores médios de cotação das crianças avaliadas pertencentes à sala Laranja em 2017 (n=8) linha laranja, e em 2018 (n=10) linha castanha.

É importante esclarecer que o único fator que se manteve do ano 2017 para o ano 2018, foi a equipa de sala, o que prevê que o estilo pedagógico se tenha mantido, assim como o ambiente educativo.

As avaliações apresentadas referentes a 2017 dizem respeito a um segundo momento de avaliação, após um período no qual a educadora aplicou um conjunto de estratégias que haviam sido discutidas com a avaliadora, com o objetivo de melhorar os

domínios avaliados nos quais as crianças manifestaram maior dificuldade na avaliação inicial.

Tendo em conta o gráfico 2, é possível verificar que no geral, ambas as salas apresentaram um perfil de capacidades acima do percentil 50, sendo que este valor determina que as capacidades se encontram dentro do esperado para a sua faixa etária.

É possível concluir que nos vários domínios avaliados, verificou-se uma variação nas prestações de ambas as salas, apresentado a sala Laranja 2017 os domínios “Verbal” (84,8) e “Posições no Espaço” (86,4) como os mais fortes. Por sua vez, a sala Laranja 2018 apresenta resultados mais altos num maior número de domínios, a “Orientação Espacial” (89,7), “Coordenação Visuomotora” (95) e “Figura Fundo” (90,9). Estes resultados são apoiados pelo gráfico 2.

Em comparação com 2017, pelo gráfico 2 é possível constatar que a Sala Laranja melhorou a sua prestação em 4 domínios obtendo valores médios mais altos do que no ano anterior (Constância da Forma, Orientação Espacial, Coordenação Visuomotora e figura Fundo). Nos restantes 4 domínios (Verbal, Conceitos Quantitativos, Memória Auditiva e Posições no Espaço), verificou-se um decréscimo dos valores médios, significando uma pior prestação.

Recorrendo ao gráfico, é também possível constatar uma inversão de tendência nos domínios “Constância da Forma” e “Posições no Espaço”, uma vez que em 2018 os resultados referentes à “Constância da Forma” melhoraram face a 2017, ao contrário do domínio “Posições no Espaço” que apresentou um decréscimo em 2018.

É ainda de salientar a descida acentuada de cotação no domínio “Memória Auditiva” de 2018 quando comparada com 2017.

Assim, é possível fazer uma avaliação sobre a Educadora da sala laranja, uma vez que foi a mesma nos dois anos de avaliação. Tendo em conta que a avaliadora de 2017 discutiu algumas estratégias relativamente aos domínios menos fortes, é possível que a educadora os tenha aplicado, justificando assim as melhorias nos domínios referidos.

Seguidamente será apresentada um gráfico comparativo dos valores médios por domínio da sala azul, nos dois anos avaliados, permitindo assim uma avaliação da educadora da sala azul, visto que foi a mesma nos dois anos embora as crianças tenham sido outras.

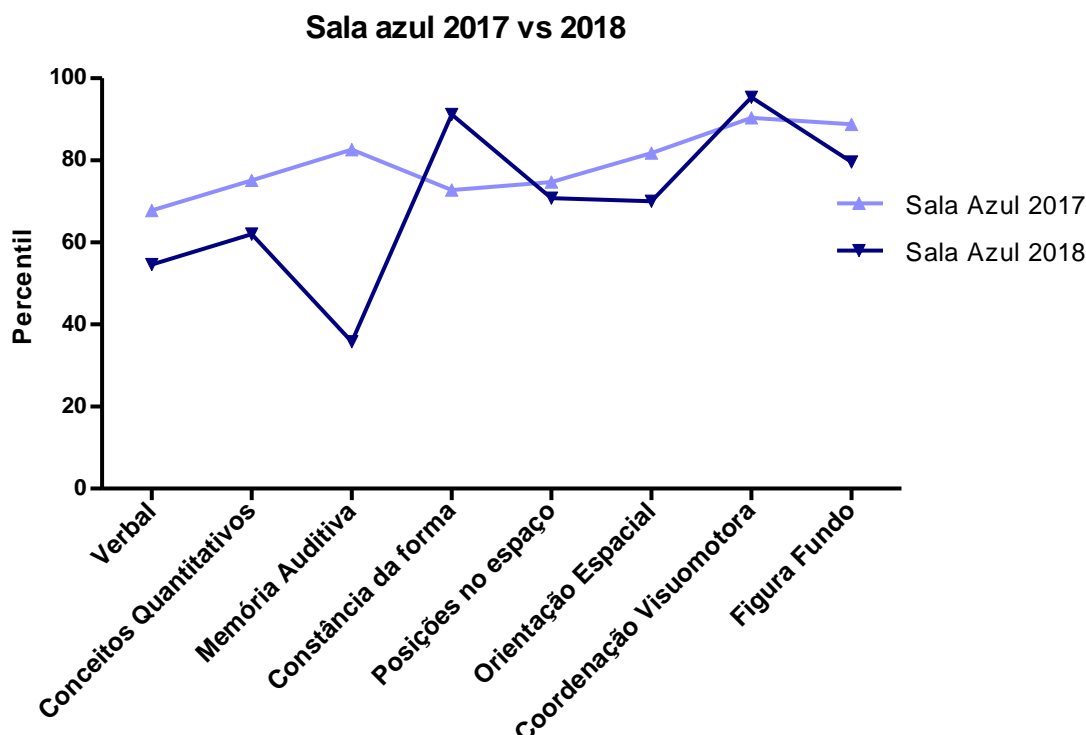


Gráfico 3 - Sala Azul 2017 vs 2018 – São apresentados os valores médios de cotação das crianças avaliadas pertencentes à sala Azul em 2017 (n=11) linha azul claro, e em 2018 (n=5) linha azul escuro.

É importante esclarecer que o único fator que se manteve do ano 2017 para o ano 2018, foi a equipa de sala, o que prevê que o estilo pedagógico se tenha mantido, assim como o ambiente educativo.

As avaliações apresentadas referentes a 2017 dizem respeito a um segundo momento de avaliação, após um período no qual a educadora aplicou um conjunto de estratégias que haviam sido discutidas com a avaliadora, com o objetivo de melhorar os domínios avaliados nos quais as crianças manifestaram maior dificuldade na avaliação inicial.

Em 2017 a cotação final média dos alunos da sala azul resulta num perfil acima do percentil 50. Já em 2018, apenas no domínio “Memória Auditiva” o percentil é mais baixo do que 50, o que significa que em todos os domínios à exceção da “Memória Auditiva” são considerados acima da média esperada tendo em conta a faixa etária.

É possível concluir que nos vários domínios avaliados, se verificou uma variação nos desempenhos de ambas as salas, apresentado a sala Azul 2017 os domínios “Coordenação Visuomotora” (90,4) e “Figura Fundo” (88,8) como os mais fortes. Por sua

vez, a sala Azul 2018 apresenta resultados mais altos nos domínios “Constância da Forma” (91,2) e “Coordenação Visuomotora” (95,4). Estes resultados são apoiados pelo gráfico 3.

O resultado mais baixo corresponde ao domínio “Memória Auditiva” da sala Azul 2018 (35,8), sendo o único valor considerado abaixo da média esperada para a idade destas crianças.

Em comparação com 2017, e recorrendo ao gráfico 3 e à tabela 1, é possível constatar que a performance atingida pelas crianças piorou em 2018, uma vez que 6 dos 8 domínios avaliados apresentaram valores abaixo dos que haviam sido recolhidos anteriormente. Os domínios que obtiveram melhorias dos valores médios foram “Constância da Forma” (91,2) e “Coordenação Visuomotora” (95,4).

Assim, é possível fazer uma avaliação sobre a Educadora da sala azul, uma vez que foi a mesma nos dois anos de avaliação. Tendo em conta que a avaliadora de 2017 discutiu algumas estratégias relativamente aos domínios menos fortes, é possível que a educadora não os tenha aplicado, justificando assim os resultados menos positivos. Seguidamente será apresentada um gráfico da sala Turquesa 2018, que não permite uma avaliação com carater longitudinal uma vez que esta sala foi introduzida na avaliação apenas no ano de 2018, não tendo dados de 2017 para comparação.

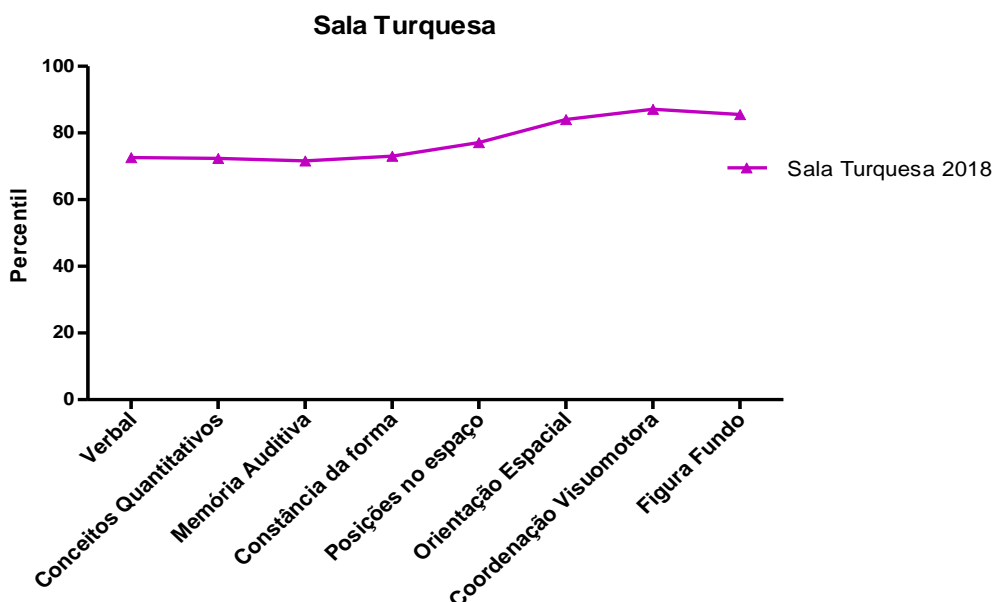


Gráfico 4 - Sala Turquesa – São apresentados a roxo os valores médios de cotação das crianças avaliadas pertencentes à sala Turquesa em 2018 (n=6).

Tal como é possível constatar pela observação do gráfico 4 e pela tabela 1, a sala turquesa 2018 apresenta um perfil bastante linear, sem áreas que se diferenciem muito das outras, quer pela positiva, quer pela negativa.

O domínio que na média obteve melhores resultados foi a “Coordenação Visuomotora” (87,2), e os piores resultados corresponderam ao domínio “Memória Auditiva” (71,7), ainda assim ambos considerados acima da média esperada para a faixa etária em causa.

2.3. Perfil de cada sala – Comparações

Procederam-se também a comparações entre as salas, permitindo assim compreender quais as salas com melhores e piores resultados, assim como os domínios em que as crianças apresentam maiores e menores dificuldades.

Tabela 3 - Resultados do valor médios do percentil e SEM (desvio padrão) da bateria “PDPE” por sala do ICC, combinando anos.

	Sala Laranja 2017 + 2018			Sala Azul 2017 + 2018			Sala Turquesa		
	Média	SEM	n	Média	SEM	n	Média	SEM	n
Verbal	77,8	3,0	17	63,7	6,9	16	72,7	11,9	6
Conceitos Quantitativos	75,1	3,9	17	71,0	5,0	16	72,3	9,2	6
Memória Auditiva	62,8	5,2	17	68,0	7,7	16	71,7	3,3	6
Constância da forma	78,1	6,8	17	78,6	6,2	16	73,0	11,1	6
Posições no espaço	78,2	4,2	17	73,5	4,0	16	77,2	7,3	6
Orientação Espacial	84,4	4,2	17	78,1	3,5	16	84,0	4,7	6
Coordenação Visuomotora	89,6	2,9	17	91,9	2,6	16	87,2	6,5	6
Figura Fundo	88,6	3,0	17	85,9	4,4	16	85,5	7,3	6

Seguidamente será apresentado um gráfico comparativo que engloba a Sala Laranja (2017 e 2018) vs Sala Azul (2017 e 2018) vs Sala Turquesa (2018).

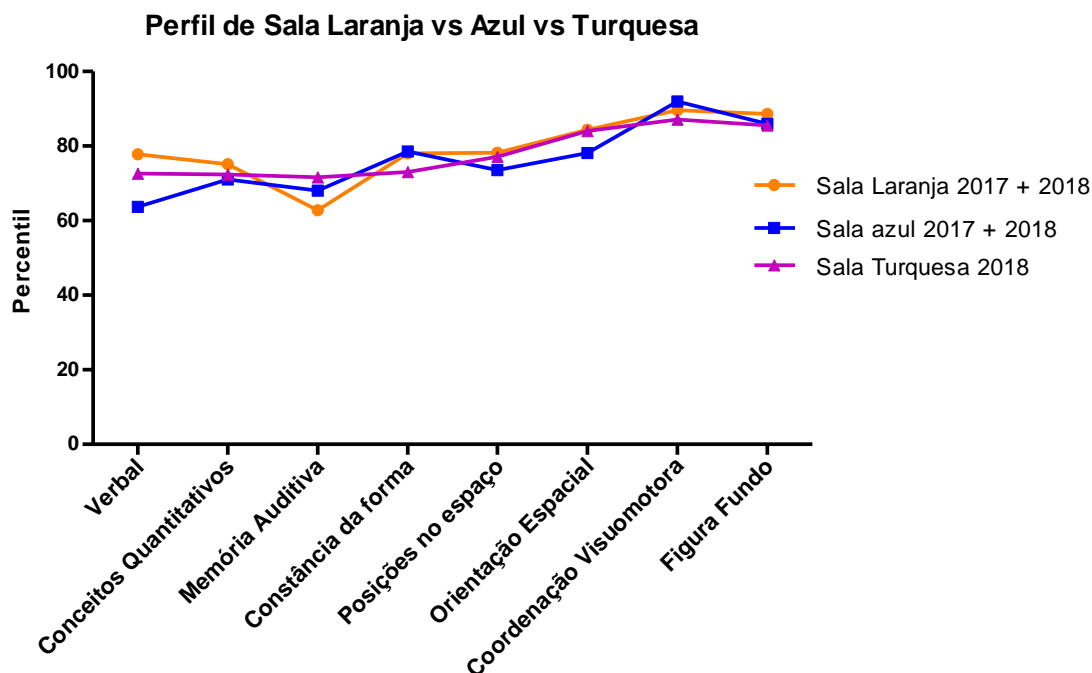


Gráfico 5 - Perfis da sala Laranja vs Azul vs Turquesa– São apresentados os valores médios de cotação das crianças avaliadas pertencentes à sala Laranja (2017 e 2018) representados pela linha laranja (n=17), comparando-os com a sala Azul (2017 e 2018) que se encontram traçados pela linha Azul (n=16), e com a sala Turquesa que se encontram traçados a roxo (n=6)

Numa primeira análise ao gráfico 5, é possível verificar que os perfis das salas Laranja (2017+2018), Azul (2017+2018) e Turquesa (2018) são semelhantes, não havendo uma grande discrepância de valores. Os valores médios obtidos são todos considerados acima da média esperada para a idade das crianças avaliadas.

Recorrendo ao mesmo gráfico, é também possível verificar que nas 3 salas, o domínio com melhor pontuação foi o “Coordenação Visuomotora”.

A sala Turquesa é a que apresenta um intervalo de valores médios mais curto, enquanto que a sala azul é a sala que apresenta maior diferença entre os valores médios obtidos.

2.4. Comparação dos totais por ano escolar

De forma a conseguir compreender se existem diferenças entre o ano 2017 e o ano 2018, foi necessário juntar todos os valores para cada ano obtendo assim uma média para cada domínio avaliado. Esta comparação torna-se pertinente de forma a

verificar se existem alterações em relação ao grupo de crianças que foram avaliadas no ano 2017 em relação ao ano 2018.

Tabela 4 - Resultados do valor médios do percentil e SEM (desvio padrão) da bateria “PDPE” por ano dos alunos do ICC.

	2017			2018		
	Média	SEM	n	Média	SEM	N
Verbal	74,9	20,7	19	60,2	25,0	21
Conceitos Quantitativos	76,5	19,6	19	71,0	17,7	21
Memória Auditiva	79,8	19,7	19	54,5	21,3	21
Constância da forma	70,4	28,7	19	83,0	21,7	21
Posições no espaço	79,6	16,3	19	73,3	16,4	21
Orientação Espacial	80,1	15,8	19	83,4	14,4	21
Coordenação Visuomotora	87,2	12,7	19	92,9	10,2	21
Figura Fundo	88,1	13,2	19	86,7	17,0	21

De seguida, apresenta-se o gráfico que faz a comparação geral de todas as salas de 2017, com as salas de 2018.

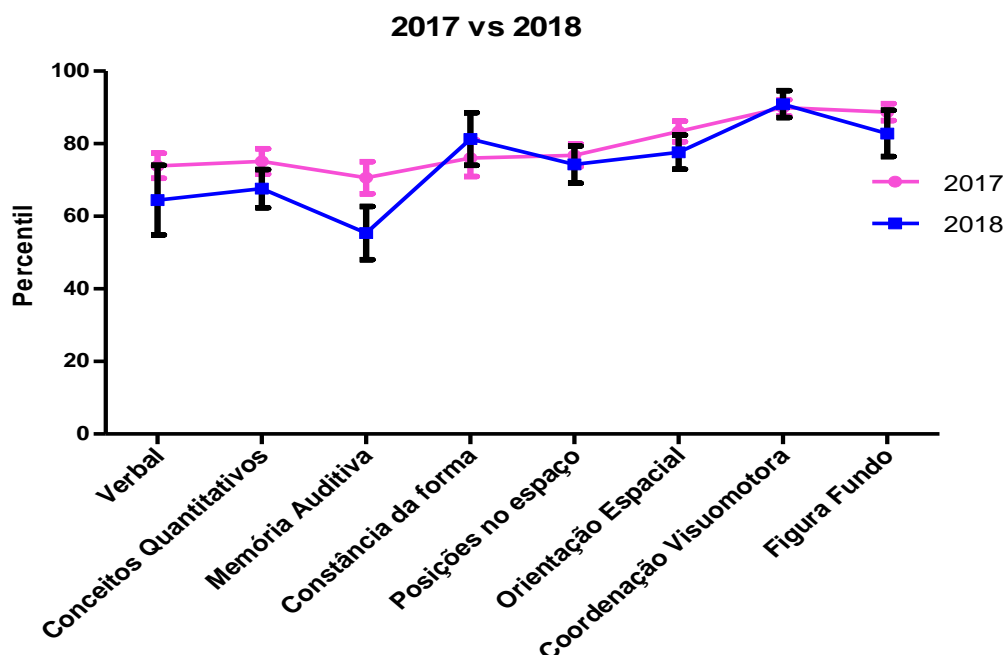


Gráfico 6 - Perfis gerais de todas as salas de 2017 vs todas as salas de 2018 – São apresentados os valores médios de cotação das crianças avaliadas pertencentes às salas de 2017 (n= 19) com a linha de cor rosa, e em 2018 (n=21) com a linha de cor azul.

Através do gráfico 6, é possível verificar que na maioria dos domínios, houve um decréscimo nos valores médios obtidos do ano 2017 para o ano 2018. Os únicos domínios nos quais foi verificada uma melhoria foram a “Constância da Forma” e a “Coordenação Visuomotora”. A maior descida média é referente ao domínio “Memória auditiva”, e a melhoria mais significativa verificou-se no domínio “Constância da Forma”.

É então possível considerar que no geral, os domínios considerados mais fortes foram a “Constância da Forma”, “Posições no Espaço”, “Orientação Espacial”, “Coordenação Visuomotora” e “Perceção Figura-fundo”. Por outro lado, os domínios menos fortes foram o “Verbal”, “Conceitos Quantitativos” e “Memória Auditiva”. Isto permite concluir que tudo o que são domínios de âmbito mais motor, revelam melhores resultados do que os restantes domínios.

Relativamente a tendências, é de referir que entre o ano 2017 e 2018, a única a considerar é no domínio de memória auditiva, uma vez que os valores de 2017 (79,8) são consideravelmente superiores aos de 2018 (54,5). A outra tendência a apontar diz respeito ao ano de 2018, e manifesta-se entre o domínio “Memória Auditiva” onde foi

obtido o percentil mais baixo (54,5), e o domínio “Coordenação Visuomotora” onde se obteve o valor mais alto (92,9), sendo estes tendencialmente diferentes entre si.

É ainda de salientar que em 2017 não foram verificadas tendências entre os parâmetros avaliados, mas em 2018 verificam-se tendências entre o domínio verbal (60,2) e o domínio coordenação visuomotora (92,9).

3. Discussão

3.1. Crianças do Ano 2017 vs ano 2018 – Transformações contextuais com o Avançar do tempo

Com base nos dados recolhidos através das avaliações finais de cada ano, é possível constatar que a área da coordenação visuomotora, é sempre considerada como a área com melhor percentil (2017 – 87,2; 2018 - 92,9), tanto em 2017 como em 2018. Podemos verificar que as crianças têm mantido esta capacidade desenvolvida, proveniente das experiências nos contextos familiar e escolar. Nas crianças em idade pré-escolar a coordenação visuomotora desempenha um papel fundamental, não só por ser fulcral para as competências associadas à escrita, que é essencial para o ingresso no primeiro ciclo (Daly., Kelley & Krauss, 2003), mas também porque influencia diretamente outras áreas do desenvolvimento (Dehghan, Mirzakhani, Rezaee, & Tabatabaee, 2017; Neto, Santos, Xavier e Amaro, 2010), no entanto esta influência positiva nas restantes áreas apenas se pode relacionar com o ano 2017, visto que em 2018 existe uma maior variabilidade.

Na fase da infância, nomeadamente na fase inicial de escolarização, verifica-se um desenvolvimento bastante acentuado nas habilidades motoras, não apenas a nível da motricidade grossa, mas também da fina (e.g. capacidade de escrever), estando estas habilidades diretamente relacionadas com as restantes áreas do desenvolvimento, influenciando assim o seu desempenho escolar (Medina, Rosa, Marques, 2006; Santos, Dantas & Oliveira, 2004). Em ambos os anos avaliados no presente estudo, através do recurso ao PDPE, todas as crianças manifestaram competências para ingressarem no primeiro ciclo do ensino básico, podendo isto ser justificado pelos bons resultados adquiridos em todos os domínios. Também as habilidades sociais e emocionais se encontram fortemente relacionadas com as competências motoras, sendo que quando as habilidades motoras finas estão

comprometidas, as habilidades sociais são menos desenvolvidas (Dehghan, et. al., 2017; Piek, Baynam & Barrett, 2006).

A utilização das novas tecnologias, nomeadamente dos tablets e telemóveis táteis, parece encontrar-se intimamente relacionada com a motricidade fina das crianças, havendo estudos que demonstram que quanto maior o tempo de ecrã, piores os resultados nas habilidades motoras finas (Lin, Cherng & Chen, 2017). Por outro lado, outros estudos demonstram evidências de que nas crianças, a utilização de tablets, canetas eletrónicas e computadores trazem benefícios para a aquisição das competências de escrita (Santangelo e Graham, 2015; Wollscheid, Sjaastad, Tømte, & Løver, 2016). Moon e os seus colegas (2018) investigaram também a relação entre a utilização de novas tecnologias e o desenvolvimento das capacidades motoras, assim como a sua influência no desenvolvimento social e na linguagem expressiva das crianças. Verificou-se que o uso desses dispositivos tem consequências positivas no desenvolvimento das habilidades motoras, assim como nas competências sociais. Por outro lado, a utilização desses dispositivos influencia negativamente a linguagem expressiva das crianças (Moon et al., 2018).

Tendo em conta os resultados obtidos no presente estudo, e considerando a crescente utilização por parte das crianças das novas tecnologias, é possível presumir que as crianças analisadas tenham acesso a esse tipo de instrumentos, e possivelmente a sua utilização pode ser um dos motivos causadores dos bons resultados a nível da coordenação visuomotora.

A memória auditiva tem vindo a ser o domínio com o percentil mais baixo (2017 – 79,8; 2018 – 54,5). Embora os resultados demonstrem estar num percentil adequado, esta é uma tendência que se destacou. No ano de 2018 este valor diminuiu em relação do ano 2017. As razões para este acontecimento podem advir de um menor feedback às famílias na entrega de estratégias, visto ter acontecido esse procedimento em 2017. A relação entre a educadora de infância de uma criança e os seus pais é fundamental para que o desenvolvimento da criança ocorra de forma uniforme nos dois contextos em que passa mais tempo (Fonseca, 2012). É importante que a família dê continuidade ao investimento na aprendizagem da criança, tal como ocorre no contexto escolar, visto que são os dois primeiros ambientes sociais da criança (Fonseca, 2012), e havendo essa continuidade, promove-se as competências gerais das crianças (Dearing, Kreider, Simpkins & Weiss, 2006; Pinto, Grande, Cadima, Mata, Pimentel & Marinho, 2014). A

maioria dos educadores de infância inclui os pais no processo de aprendizagem dos filhos, mas usam maioritariamente estratégias como o incentivo à entrada dos pais na sala, e o envio frequente de informações para casa, tendo essas informações estratégias enviadas para casa consideradas importantes para o desenvolvimento da criança, uma vez que potencia a continuidade do trabalho realizado em contexto escolar, no contexto familiar (Pinto et al., 2014).

Atualmente, o brincar é encarado como uma etapa essencial para o desenvolvimento infantil, no qual através do recurso a jogos e brincadeiras se aprende (Kaiser, Silva & Braga, 2018), mas o “brincar” tem sofrido alterações ao longo do tempo, o que pode justificar algumas alterações a nível do perfil de desenvolvimento das crianças. É inevitável introduzir a questão do impacto das tecnologias no desenvolvimento das crianças, relativamente ao tempo de televisão de acordo com (Christakis, Zimmerman, DiGiuseppe, e McCarty, 2004) a exposição precoce à televisão está associada a problemas de atenção aos 7 anos, levando os investigadores a aconselhar a limitação do tempo de televisão na primeira infância.

O uso de tecnologia digital por crianças aumentou rapidamente na última década, aumentando questões importantes sobre como o tempo gasto em atividades mediadas digitalmente pode afetar as crianças de forma positiva ou negativa (George e Odgers, 2015). A questão não é se as crianças estão a utilizar a tecnologia digital, mas sim de que forma a utilizam, e quais os efeitos que essa mesma utilização que pode provocar. De acordo com Turkle (2011) as crianças hoje interagem mais com o seu telemóvel do que com outras pessoas diretamente, o que pode levá-las a perder experiências importantes.

Todas as experiências da criança devem ser bem moderadas, visto que o desenvolvimento linguístico da criança acontece num processo contínuo e o uso excessivo de equipamentos eletrónicos pode ser um limitador do tempo de exposição ao input que provém do contato com os pais (Tanimura, Okuma, e Kyoshima, 2007). Considerando o facto que longitudinalmente no tempo a tecnologia tem vindo a ficar mais presente como uma ferramenta para as crianças, pode existir uma relação com a diminuição no percentil nas áreas pré-escolares na avaliação do ano 2018.

3.2. Perfis da sala Laranja vs Azul vs Turquesa – Diversidade Pedagógica (Educadoras), Espaços de Sala e diversidade intraindividual da criança

Ao considerarmos a informação proveniente de cada perfil de sala podemos verificar que existem diversas diferenças, variando a prestação das crianças de cada sala consoante os domínios avaliados.

Cada educadora, tem os seus princípios, experiência, a sua cultura, o seu modo de se relacionar com as crianças, e de ensinar (Early, Pianta e Cox, 1999; Sheets, 2009). A diversidade pedagógica pode ser uma justificação para as diferenças constatadas pela avaliação efetuada, visto que no ensino pré-escolar, não existe um programa rígido a cumprir, mas sim Orientações Curriculares, podendo cada educadora, investir mais em determinados parâmetros do que noutros, verificando-se assim uma diversidade na aquisição de conhecimentos e de capacidades por parte das crianças (Cardona, 2017; ME/DGE, 2016).

Também o número de crianças por turma pode influenciar estes resultados, visto que quanto mais crianças por turma, mais difícil é para educador dispor a atenção necessária a todas as crianças (Early, Pianta e Cox, 1999; Sheets, 2009). Tendo em conta que no ano 2018 a sala laranja tinha no total 22 crianças, a sala azul 18, e a sala turquesa 25 crianças, é possível concluir que existe uma discrepância bastante elevada no número de alunos por sala. Comparando a sala laranja com a sala azul, uma vez que ambas sofreram intervenção no ano 2017 na qual utilizaram estratégias potenciadoras do desenvolvimento nos diversos domínios, é possível concluir com recurso ao gráfico 1 que o presente estudo vai ao encontro do que fora verificado no estudo de Early, Pianta e Cox (2009), uma vez que quanto maior o número de alunos por sala, piores os resultados.

Cada criança é uma criança, com capacidades e dificuldades próprias, com culturas, interesses e educação que variam de acordo com vários fatores. As famílias são um fator fundamental para esta diversidade, visto que existem diversos tipos de famílias, que influenciam o desenvolvimento da criança, nomeadamente se é nuclear, monoparental, se é numerosa ou reduzida, se os pais estão juntos ou divorciados, sendo a criança diretamente influenciada por essas características (Sánchez, 2008). Também a cultura da família influencia o desenvolvimento da criança, nomeadamente a nível

motor, anatómico e genético (Alves, 2007). Também as atividades realizadas nos tempos livres influenciam o desenvolvimento infantil (Pereira e Neto, 1997), nomeadamente se a criança anda no futebol, no ballet, nos escuteiros ou na catequese, cada uma destas atividades terá uma influência diferente no desenvolvimento da criança. Assim, o contexto no qual a criança está inserida encontra-se diretamente relacionado com o seu desenvolvimento (Cecconello, Krum e Koller, 2000). No presente estudo, as alterações identificadas entre as salas podem ser explicadas por estas diferentes influências, que criam uma diversidade bastante grande entre cada criança, uma vez que cada uma tem diferentes fatores que a influenciam direta ou indiretamente.

4. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo a análise do desempenho de 40 crianças com 5 anos de idade, que em 2017 e em 2018 se encontram em fase de transição para o ensino básico. Foram realizadas comparações entre 2017 e 2018, assim como comparações entre as diferentes salas. Tentou-se também compreender a influência de discutir estratégias com as educadoras, e posteriormente enviá-las aos pais, de modo a analisar a diferença entre o ano em que essas estratégias foram utilizadas em casa (2017) e em que não foram discutidas nem fornecidas aos pais (2018).

Foram verificadas bastantes diferenças entre salas e entre anos, que podem ser explicadas por diversos fatores, entre eles as estratégias utilizadas, o contexto e vivências de cada criança, o modo de atuação da educadora, entre outros parâmetros apresentados neste estudo.

O nosso modelo de atuação revelou ter vários benefícios junto dos profissionais e das crianças, visto que poderia passar a ser uma prática utilizada em mais escolas. É ainda de salientar que é importante que antes do ingresso para o ensino básico, haja em todas as creches uma avaliação idêntica à por nós realizada, permitindo assim uma compreensão das competências das crianças, e caso não estejam devidamente preparadas, fiquem mais um ano no pré-escolar, onde serão devidamente ajudadas a atingir as metas supostas para a progressão para uma nova etapa de aprendizagem.

5. Limitações e Recomendações

Como limitações deste estudo, considero importante ter em conta o reduzido número reduzido de crianças, o que não permite resultados tão conclusivos como seria desejável.

Outra limitação identificada neste estudo, remete para o facto de não ter existido uma avaliação inicial em 2018, o que impede de fazer uma comparação geral 2017 vs 2018, comparando apenas os resultados finais. Não existindo uma avaliação inicial em 2018, leva a que este estudo não tenha um controlo para as capacidades pré-escolares no início do ano letivo.

Também o fator temporal é considerado uma limitação deste estudo, uma vez que os dados de 2017 e 2018 são considerados poucos, tendo em conta que este estudo era longitudinal deveria ter mais informação de mais anos.

Seria então recomendado, que num próximo estudo se avaliasse um maior número de crianças, possibilitando assim alcançar resultados mais conclusivos.

Outra recomendação, poderia ser a análise estatística, com o objetivo de verificar se existem diferenças significativas entre os grupos, e entre as áreas do desenvolvimento.

Recomenda-se ainda que, no próximo estudo, se proceda à comparação dos novos dados recolhidos, com os de 2017 e 2018, começando assim a criar uma base de dados que permita um estudo longitudinal mais conclusivo.

6. Bibliografia

Alves, L., & Bianchin, M. A. (2010). O jogo como recurso de aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 27(83), 282-287.

Alves, R. C. (2007). *Psicomotricidade I*. Rio de Janeiro. Editora: Brasil.

Bairrão, J. (1997). Educação Pré-Escolar. In Estudos Temáticos Vol. II. Lisboa: Departamento de Avaliação, Prospetiva e Planeamento do Ministério da Educação.

Cardona, M. J. (2017). Planear e avaliar na educação pré-escolar: a realidade portuguesa das últimas décadas. *Revista Linhas*, 18(38), 143-159. doi: 10.5965/1984723818382017143

Cecconello, A. M., Krum, F. M., e Koller, S. (2000). Indicadores de risco e proteção no relacionamento mãe-criança e representação mental da relação de apego. *Psico*, 31(2), 81-122.

Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*, 113(4), 708-713.

Daly, C. J., Kelley, G. T., & Krauss, A. (2003). Relationship between visual-motor integration and handwriting skills of children in kindergarten: A modified replication study. *American journal of occupational therapy*, 57(4), 459-462.

Dearing, E., Kreider, H., Simpkins, S., & Weiss, H. B. (2006). Family involvement in school and low-income children's literacy: Longitudinal association between and within families. *Journal of Educational Psychology*, 98, 653–664.

Dehghan, L., Mirzakhani, N. A. V. I. D., Rezaee, M., & Tabatabaee, M. (2017). The Relationship Between Fine Motor Skills and Social Development and Maturation. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15(4), 407-414. doi:10.29252/nrip.irj.15.4.4071

Direção geral para a Educação (DGE, 2013). Psicomotricidade: Quem somos e o que fazemos. Retirado a 4 de Outubro de 2018 de <http://www02.madeira-edu.pt/dre/Psicomotricidade/tabid/373/ctl/Read/mid/1639/InformacaoId/2902/UnidadeOrganicaId/5/Default.aspx>

Early, D. M., Pianta, R. C., & Cox, M. J. (1999). Kindergarten Teachers and Classrooms: A Transition Context. *Early Education & Development*, 10(1), 25–46. doi:10.1207/s15566935eed1001_3

Fitas, A. C. P. (2012). *A avaliação das aprendizagens na educação pré-escolar: o portefólio das crianças*. Escola Superior de Educação de Portalegre. Relatório Final-Prática Pedagógica Supervisionada.

Fonseca, A. I. M. D. (2012). *Relação educador/família e sucesso educativo no pré-escolar* (Doctoral dissertation, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa).

Fonseca, V. (2005). “Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem”. Lisboa: Âncora Editora.

George, M. J., & Odgers, C. L. (2015). Seven fears and the science of how mobile technologies may be influencing adolescents in the digital age. *Perspectives on psychological science*, 10(6), 832-851. doi: 10.1177/1745691615596788

Kaiser, A. M., da Silva, M. A., & Braga, R. N. F. (2018). As Possíveis Implicações do Brincar no Desenvolvimento Infantil. *Revista Diálogos & Saberes*, 1(1).

Le Boulch, J. (1984). “O desenvolvimento psicomotor do nascimento até aos 6 anos. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lin, L.-Y., Cherng, R.-J., & Chen, Y.-J. (2017). Effect of Touch Screen Tablet Use on Fine Motor Development of Young Children. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 37(5), 457–467. doi:10.1080/01942638.2016.1255290

Lubans, D. R., Morgan, P. J., Cliff, D. P., Barnett, L. M., & Okely, A. D. (2010). Fundamental Movement Skills in Children and Adolescents. *Sports Medicine*, 40(12), 1019–1035. doi: 10.2165/11536850-000000000-00000

Marín-Méndez, J. J., Borra-Ruiz, M. C., Álvarez-Gómez, M. J., & Esperón, C. S. (2017). Psychomotor development and learning difficulties in preschool children with probable attention deficit hyperactivity disorder: An epidemiological study in Navarre and La Rioja. *Neurología (English Edition)*, 32(8), 487-493. doi: 10.1016/j.nrleng.2016.02.008

Medina, J., Rosa, G. K. B., & Marques, I. (2006). Desenvolvimento da organização temporal de crianças com dificuldades de aprendizagem. *Journal of Physical Education*, 17(1), 107-116.

ME/DEB (1997). *Orientações Curriculares para a educação pré-escolar*. Lisboa: ME/DEB.

ME/DEB (2001). *Currículo nacional do ensino básico: competências essenciais*. Lisboa: ME/DEB.

ME/DGE (2016). *Orientações curriculares para a educação pré-escolar*. Lisboa: ME/DGE.

ME/DGIDC (2011). *Metas de aprendizagem*. Lisboa: ME/DGIDC.

Monteiro, C. S. N. (2015). *A importância da psicomotricidade na educação pré-escolar*.

Moon, J.-H., Cho, S. Y., Lim, S. M., Roh, J. H., Koh, M. S., Kim, Y. J., & Nam, E. (2018). Smart device usage in early childhood is differentially associated with fine motor and language development. *Acta Paediatrica*. doi:10.1111/apa.14623

Neto, R., Santos, A. P. M., Xavier, R. F. C., & Amaro, K. N. (2010). A Importância da avaliação motora em escolares: análise da confiabilidade da Escala de Desenvolvimento Motor. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 12(6), 422-427. doi: 10.5007/1980-0037.2010v12n6p422

Pereira, B. O., & Neto, C. (1997). A infância e as práticas lúdicas: estudo das actividades de tempos livres nas crianças dos 3 aos 10 anos.

Piaget, J. (1943). "Le developpement mental de l'enfant". In: *Juventus Helvetica: notre jeune génération* / publ. sous la dir. de Jean- Richard Muller. Zurich: Literaria, vol. 2, pp. 123-180. Texte reproduit dans "Six études de psychologie", Paris. Denoel-Gonthier, 1964, 9-86. Disponível em: http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP43_dvp_mental.pdf.

Pinto, A. I., Grande, C., Pinto, I. M., Cadima, J., Mata, M., Pimentel, J. S., & Marinho, S. (2014). Caracterização dos contextos de educação pré-escolar: inquérito extensivo: relatório final.

Piek, J. P., Baynam, G. B., & Barrett, N. C. (2006). The relationship between fine and gross motor ability, self-perceptions and self-worth in children and adolescents. *Human movement science*, 25(1), 65-75. doi: 10.1016/j.humov.2005.10.011

Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *Revista La Revue du REDIF*, 2 (1), 15, 22.

Santos, S., Dantas, L., & Oliveira, J. A. D. (2004). Desenvolvimento motor de crianças, de idosos e de pessoas com transtornos da coordenação. *Rev Paul Educ Fís*, 18(1), 33-44.

Sheets, R. H. (2009). What Is Diversity Pedagogy?. *Multicultural Education*, 16(3), 11-17.



Tanimura, M., Okuma, K., & Kyoshima, K. (2007). Television viewing, reduced parental utterance, and delayed speech development in infants and young children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(6), 618-619. doi: 10.1001/archpedi.161.6.618-b

Turkle, S. (2017). *Alone together: Why we expect more from technology and less from each other*. Hachette UK.

Wollscheid, S., Sjaastad, J., Tømte, C., & Løver, N. (2016). The effect of pen and paper or tablet computer on early writing – A pilot study. *Computers & Education*, 98, 70–80. doi: 10.1016/j.compedu.2016.03.008

Zabalza, M (2000). *Evaluación em Educación Infantil*. Porto: Perspectivar

Anexo B – Consentimento Informado C.



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

Consentimento Informado

Eu, [redacted], portador(a) do
cartão do cidadão número [redacted], residente em
Quilidade Rio Janeiro na qualidade de representante legal da criança
relativa ao processo número 51 do arquivo da EMDIIP, melhor identificada como
[redacted], fui informado(a) da utilização das seguintes
informações relativas a esse mesmo processo, exclusivamente para os fins
descritos neste documento:

- 1) Género;
- 2) Data de nascimento;
- 3) Historial Clínico e Dados Anamnésicos;
- 4) Dados evolutivos e psicométricos referidos nos Relatórios
Terapêuticos;

Por me ter sido explicado o fim e forma de utilizar os dados recolhidos assim
como o seu tratamento, consinto a utilização dos dados referidos nos números
1 a 4, para os fins e forma expressos neste documento.

Foi-me ainda explicada a forma de proceder à retirada do consentimento ora
dado, bem como à alteração, deleção, adição ou omissão de qualquer dos seus
elementos.

Fui informada e consinto que estes dados serão utilizados no âmbito do estágio
de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, mais especificamente no Ramo de
Aprofundamento de Competências Profissionais, no relatório de Mariana Borges
Fernandes, no âmbito de Intervenção Precoce, orientado pela professora
doutora Teresa Brandão, disponível no ano de 2018 em formato digital no
repositório da Faculdade de Motricidade Humana em www.repository.utl.pt.

Foi-me ainda garantida a destruição dos dados recolhidos após a aprovação do relatório final por parte dos serviços da Faculdade de Motricidade Humana, mantendo-se os mesmos apenas e só no processo 51 da EMDIIP, nos termos regulamentares, ficando toda a informação tratada ao abrigo do presente consentimento, sob a forma constante no documento de relatório para obtenção do grau de mestre, já identificado anteriormente.

5 / 3 / 18

A thick black horizontal bar used to redact the signature of the legal representative.

Representante Legal

Anexo C – Consentimento Informado V



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

Consentimento Informado

Eu, _____, portador(a) do cartão do cidadão número _____, residente em Pago De Arcos na qualidade de representante legal da criança relativa ao processo número 96 do arquivo da EMDIIP, melhor identificada como _____ fui informado(a) da utilização das seguintes informações relativas a esse mesmo processo, exclusivamente para os fins descritos neste documento:

- 1) Género;
- 2) Data de nascimento;
- 3) Historial Clínico e Dados Anamnésticos;
- 4) Dados evolutivos e psicométricos referidos nos Relatórios Terapêuticos;

Por me ter sido explicado o fim e forma de utilizar os dados recolhidos assim como o seu tratamento, consinto a utilização dos dados referidos nos números 1 a 4, para os fins e forma expressos neste documento.

Foi-me ainda explicada a forma de proceder à retirada do consentimento ora dado, bem como à alteração, deleção, adição ou omissão de qualquer dos seus elementos.

Fui informada e consinto que estes dados serão utilizados no âmbito do estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, mais especificamente no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, no relatório de Mariana Borges Fernandes, no âmbito de Intervenção Precoce, orientado pela professora doutora Teresa Brandão, disponível no ano de 2018 em formato digital no repositório da Faculdade de Motricidade Humana em www.repository.utl.pt.

Foi-me ainda garantida a destruição dos dados recolhidos após a aprovação do relatório final por parte dos serviços da Faculdade de Motricidade Humana, mantendo-se os mesmos apenas e só no processo 96 da EMDIIP, nos termos regulamentares, ficando toda a informação tratada ao abrigo do presente consentimento, sob a forma constante no documento de relatório para obtenção do grau de mestre, já identificado anteriormente.

316118



Representante Legal

Anexo D – Sessão tipo: C.



Planeamento de Sessão

Instituto Condessa de Cuba

Data: 25 de janeiro de 2018

Duração: 45 minutos

Terapeuta: Mariana Fernandes

Criança: C.



Descrição	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetos Operacionais	Material	Estratégias	Tempo
Caminhada Inicial						
A criança deve caminhar, desde a sua sala de creche até à sala terapêutica, subindo nesse percurso as escadas necessárias	Desenvolver a Motricidade Global; Desenvolver a Tonicidade; Desenvolver o Equilíbrio	Aumentar a coordenação entre os diferentes segmentos; Desenvolver a força muscular dos membros inferiores, adequando a força ao movimento realizado; Potenciar o equilíbrio dinâmico	Utilizar a marcha como forma de deslocação; Subir as escadas, segurando apenas com uma mão o corrimão/ parede e com o terapeuta a dar-lhe segurança através do toque nas costas;	—	Ajuda física parcial; Incentivo.	5 min
Torre de LEGO's						
Ao chegar à sala, a criança vê várias peças de LEGO espalhadas. Deve deslocar-se pela sala através da marcha, apanhando as peças uma a uma e encaixando-as umas nas outras, formando uma torre. Após ter construído	Aumentar o Equilíbrio; Desenvolver a Tonicidade; Promover a cognição.	Desenvolver o equilíbrio dinâmico; Promover o equilíbrio estático; Aumentar a força muscular dos membros superiores, adequando o estado tónico ao movimento;	Recorrer à marcha como forma de deslocamento; Apanhar as peças de LEGO espalhadas pela sala; Encaixar as peças umas nas outras,	Lego's	Instrução verbal; Feedback;	6 min

uma torre com todas as peças, deve desmontá-la, retirando uma peça de cada vez sem se apoiar; Arrumar as peças na caixa		Desenvolver o controlo tónico postural, estabilizando os segmentos da cintura e costas.	construindo uma torre; Desencaixar as peças uma a uma, sem cair mais do que duas vezes; Colocar as peças na caixa sem que nenhuma caia.			
Onde está o animal igual ?						
A criança deve emparelhar os animais iguais, indo buscar um cartão com um animal que se encontra num lado da sala, e levando-o para o animal igual que se encontra fixo na parede do lado oposto da sala. Nesse percurso, deve ultrapassar obstáculos (barreira alta, média, baixa e pneu). Após emparelhar um animal, deve fazer o percurso inverso para ir buscar outro animal, devendo, no total emparelhar 6 animais. A criança deve dizer o nome dos animais que tem na mão, no momento de emparelhar.	Melhorar a motricidade global; Desenvolver a linguagem; Promover a cognição.	Desenvolver a coordenação (óculo-podal e oculo manual); Promover a linguagem verbal; Desenvolver a capacidade de emparelhar figuras.	Deslocar-se na sala, ultrapassando os obstáculos sem cair mais do que 3 vezes; Nomear pelo menos 2 dos 6 animais; Emparelhar os 6 animais com os respetivos pares	Cartões de animais 4 Pinos 3 bastões Post-it Pneu	Ajuda física parcial Imitação (verbal) Incentivo	12 min.
Bola Gigante						
A criança deve estar a 3 metros da terapeuta, permanecendo em pé; Quando em conjunto contam até três, a terapeuta lança a bola gigante na direção da	Desenvolver o equilíbrio; Melhorar a tonicidade;	Melhorar o equilíbrio estático; Desenvolver o reajustamento tónico; Aumentar a força dos membros (superiores e inferiores);	Permanecer no mesmo lugar enquanto espera pela bola; Ajustar o equilíbrio e a força muscular depois de sofrer o	Bola de Pilates	Feedback; Incentivo.	6 min

criança, tendo esta de a segurar; Ambas devem voltar a contar até três, e após a contagem a criança deve lançar a bola na direção da terapeuta; A distância entre as duas e a força com que a bola é lançada devem ser alteradas, obrigando a criança a reajustar o seu movimento de acordo a posição no espaço e a força com que a bola é lançada.	Desenvolver a força muscular; Promover a cognição; Desenvolver a linguagem	Promover o tempo de espera; Desenvolver a linguagem verbal.	impacto com a bola, não caindo mais do que 2 vezes; Empurrar a bola na direção da terapeuta; Contar até três antes de lançar e de receber a bola;			
Livro e Plasticina						
Sentada com a terapeuta junto à secretária, a criança deve apontar para a figura do livro correspondente ao que o terapeuta pergunta, colando em cima dessa mesma figura uma bola de plasticina, que a própria criança separa da restante massa; A criança deve ainda repetir o nome dos objetos referidos pela terapeuta, e onde já colocou plasticina (e.g. Quem é este? “pato”); Por fim, a pedido, deve recolher a plasticina de acordo com os pedidos da terapeuta (e.g. “dá-me a do pato”), voltando a juntá-la à restante plasticina;	Trabalhar a cognição; Promover a linguagem; Desenvolver a motricidade fina	Promover o conhecimento de figuras; Desenvolver a linguagem verbal; Promover a oposição polegar-indicador	Identificar pelo menos 10 figuras pedidas pela terapeuta; Nomear pelo menos 2 figuras a pedido da terapeuta; Separar a plasticina em pedaços mais pequenos; Colar a plasticina no sitio indicado pelo terapeuta; Retirar a plasticina do livro de acordo com o pedido da terapeuta; - Arrumar a plasticina na embalagem.	Livro didático Plastici-na	Feedback; Incentivo.	6 min

Bolas de Sabão						
A criança deve permanecer em pé, enquanto a terapeuta faz bolas de sabão; A criança deve tentar agarrar as bolas te sabão, movimentando-se de acordo com o movimento destas; Os papeis devem ser invertidos, sendo posteriormente a criança a soprar para realizar bolas de sabão.	Desenvolver o equilíbrio; Desenvolver a motricidade global; Desenvolver a musculatura oro facial	Desenvolver o equilíbrio (estático e dinâmico); Promover a coordenação óculo manual; Desenvolver os músculos faciais envolvidos na linguagem (Elevador do lábio superior, Depressor do lábio inferior, Rizório, Zigomático, Orbicular bucal);	Tocar em pelo menos 10 bolas de sabão, rebentando-as; Movimentar-se pelo espaço, seguindo as bolas de sabão para as tentar apanhar; Soprar, conseguindo fazer bolas em pelo menos dois dos sopros;	Frasco de bolas de sabão	Imitação; Ajuda física parcial/manipulação Incentivo	5 min
Caminhada Final						
A criança deve caminhar, desde a sala terapêutica até à sua sala de creche, descendo nesse percurso as escadas necessárias	Desenvolver a Motricidade Global; Melhorar a Tonicidade; Trabalhar o Equilíbrio	Aumentar a coordenação entre os diferentes segmentos; Desenvolver a força muscular dos membros inferiores, adequando a força ao movimento realizado; Potenciar o equilíbrio dinâmico	Utilizar a marcha como forma de deslocação; Descer as escadas, segurando apenas com uma mão o corrimão/ parede e com o terapeuta a dar-lhe segurança através do toque;	_____	Feedback; Ajuda física parcial; Motivação	5 min

Anexo E – Sessão tipo: V.



Planeamento de Sessão

Instituto Condessa de Cuba

Data: 18 de janeiro de 2018

Duração: 45 minutos

Terapeuta: Mariana Fernandes

Criança: V.



Descrição	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetos Operacionais	Material	Estratégias	Tempo
Escolha do amigo						
O terapeuta dirige-se à sala de creche do V., escolhendo, com a ajuda da educadora 3 escolhas possíveis de amigos para acompanharem o V. De entre essas, o V. deve escolher apenas um amigo, e ir ordeiramente pedir autorização à educadora, e questionar o amigo se quer ir acompanhá-lo na sessão.	<p>Aumentar o cumprimento de regras</p> <p>Desenvolver autocontrolo</p> <p>Diminuir comportamentos desadequados</p>	<p>Respeitar as regras impostas por outrem;</p> <p>Diminuir a impulsividade;</p> <p>Melhorar a resistência à frustração</p>	<p>Aceitar as escolhas do terapeuta, optando por um dos amigos;</p> <p>Deslocar-se na sala de forma ordeira;</p> <p>Aceitar quando o amigo não quer acompanhá-lo na sessão</p>	—	<p>Tom de voz baixo</p> <p>Incentivo</p>	3
Conversa Inicial						
Ao chegar à sala terapêutica, o V. e o amigo sentam-se no banco; O V. deve explicar como funciona a	<p>Melhorar a autonomia;</p>	<p>Aumentar capacidade de expor regras a cumprir;</p>	<p>Expor por palavras as regras que ambos devem cumprir para que a sessão decorra na</p>	—	<p>Incentivo;</p>	3

sessão, assim como as regras, e o que se pode fazer durante as atividades.	Desenvolver a capacidade de reflexão	Desenvolver a competência de refletir sobre o que se pode, e não pode fazer;	normalidade; Refletir sobre o que fez de bem e de mal nas sessões passadas, passando essa informação ao amigo como regras da sessão.			
Percurso para a construção de Lego's						
<p>O terapeuta dá a escolher às crianças as cores azul ou verde; quando ambos escolhem a mesma cor, o terapeuta deve tentar que seja o V. a mudar;</p> <p>De acordo com a escolha, cada criança vai buscar 5 arcos, e dispõem-nos no chão segundo indicações do terapeuta;</p> <p>De um lado da sala encontram-se duas construções iguais, constituídas por 6 peças de lego. Essas peças devem ser levadas uma a uma, para o outro lado da sala, passando pelo percurso de arcos, realizando a montagem da construção, no lado oposto ao inicial. Ganha a criança que construir primeiro a construção, obedecendo às regras do percurso.</p>	<p>Promover a competição;</p> <p>Desenvolver o cumprimento de regras</p> <p>Desenvolver A tolerância à frustração;</p> <p>Potenciar competências motoras</p>	<p>Desenvolver o espírito competitivo;</p> <p>Melhorar a capacidade de cumprir regras impostas nas atividades;</p> <p>Desenvolver capacidade de lidar com as contrariedades;</p> <p>Desenvolver a motricidade global e fina</p>	<p>Manifestar espírito de competição;</p> <p>Cumprir as regras impostas na atividade; Lidar de forma adequada quando não fica com os arcos da cor que escolheu;</p> <p>Ter um comportamento adequado quer na vitória, quer na derrota;</p> <p>Melhorar competências motoras como o salto, ou a capacidade de encaixe de peças de tamanho reduzido.</p>	<p>5 arcos verdes</p> <p>5 arcos azuis</p> <p>12 peças de lego</p>	<p>Feedback;</p> <p>Potenciar situações que normalmente causam frustração no V.</p>	10
Passo a Passo com jornal						
O terapeuta dispõe dois arcos no chão, um em	Promover a cooperação;	Melhorar a relação com o outro,	Relacionar-se com o amigo como	3 folhas de jornal;	Imitação;	10

<p>cada ponta da sala; É explicado às crianças que, trabalhando em equipa, vão iniciar dentro de um arco, e o objetivo é terminar dentro do outro, sem nunca pisar o chão, utilizando para isso folhas de jornal. Com a ajuda do terapeuta, e através de imitação, as crianças devem rasgar a sua folha de jornal ao meio. Deverão ajudar-se um ao outro, utilizando os 4 bocados de jornal, para chegar ao outro lado da sala.</p>	<p>Desenvolver o raciocínio.</p>	<p>promovendo o trabalho em equipa; Melhorar a capacidade de resolução de problemas;</p>	<p>colega de equipa, ajudando-o com vista ao melhor desempenho de ambos; Compreender como com 4 bocados de jornal, podem percorrer o espaço da sala sem pisar o chão, chegando ao objetivo final.</p>	<p>2 arcos</p>	<p>Feedback; Ajuda física parcial</p>	
Mikado						
<p>O objetivo do Mikado consiste em, de um conjunto de pauzinhos (finos), retirar os paus um de cada vez, sem que nenhum dos restantes se mova; Caso isso se verifique, a criança perde a vez, e é a outra a retomar a atividade; Ganha a criança que no final tiver maior número de pauzinhos em sua posse.</p>	<p>Melhorar a impulsividade; Melhorar o respeito das regras da atividade; Promover a motricidade global</p>	<p>Diminuir ocorrência de comportamentos impulsivos; Melhorar a aceitação e cumprimento de regras definidas; Melhorar coordenação óculo-manual</p>	<p>Jogar, respeitando as regras, sem se exaltar caso na jogada mova mais do que uma peça do jogo; Esperar a sua vez para jogar, respeitando a oportunidade de jogo do amigo; Rasgar o jornal ao meio, sem desvios maiores do que 5 cm do centro.</p>	<p>Jogo Mikado</p>	<p>Recurso a tom de voz mais baixo; Feedback;</p>	<p>10</p>
Desenho da sessão						
<p>Para retornar a calma, é pedido às crianças que realizem um desenho da atividade da sessão que mais gostaram de desenvolver; O terapeuta</p>	<p>Promover o retorno à calma;</p>	<p>Desenvolver a tolerância face à frustração do término da sessão;</p>	<p>Acalmar-se, aceitando que a sessão está a chegar ao fim;</p>	<p>Folha branca; Lápis de Cor</p>	<p>Utilizar uma atividade calma antes do término da sessão</p>	<p>5</p>

Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana
Relatório de estágio de Aprofundamento das Competências Profissionais

deve deixar explícito que a sessão esta a chegar ao fim.	Desenvolver a motricidade fina;	Melhorar a capacidade de escrita/ desenho	Desenhar a atividade que mais gostou		Antecipar que a sessão está a terminar	
Conversa Final						
As crianças voltam a sentar-se no banco do início da sessão, e devem realizar, à vez, um balanço da sessão, explicitando o que correu bem e o que correu mal; Devem também explicar o desenho realizado na atividade anterior, justificando o motivo da escolha.	Melhorar a reflexão Melhorar a regulação temperamental	Melhorar a capacidade de refletir sobre o comportamento; Diminuir a ocorrência de birras	Identificar o que correu bem e menos bem, nomeadamente as birras ocorridas ao longo da sessão; Diminuir as birras, recorrendo a palavras para expor as suas vontades;	_____	Adequar o tom de voz de acordo com o comportamento	4

Anexo F – Schedule of Growing Skills II

Anexo G – Peabody Developmental Motor Scales

Anexo H – Preschool and Kindergarten Behavior Scales

Anexo I – Adaptação do instrumento “Avaliação da Satisfação e Eficácia do Programa de Formação Parental”: Educadora



Avaliação da satisfação e eficácia da intervenção

O presente questionário procura averiguar o nível de satisfação da educadora face à intervenção decorrida. Todas as respostas serão consultadas apenas pela técnica e utilizadas exclusivamente para fins académicos e melhoria da formação profissional da técnica. Para isso, preencha o cabeçalho do questionário e assinale com (X) a opção que se adequa mais a cada questão. No final, existe um espaço de “observações”, destinado a quaisquer comentários ou opiniões que queira deixar à técnica.

Data: __/__/____
Nome da criança: _____
Idade: _____ Género: M __ F __
Preenchido pela educadora: _____

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
Processo de intervenção Pedagógico				
1. Teve duração adequada de forma a cumprir com os objetivos estipulados.				
2. Sentiu que houve organização durante todo o processo de intervenção.				
3. Sentiu que podia expor as suas dúvidas.				
4. Houve preocupação em tentar dar resposta e atender às suas necessidades e questões.				
5. Sentiu-se apoiada/o durante toda a intervenção.				
6. Sentiu que nas sessões em sala de creche, os técnicos lhe forneciam toda a informação necessária.				
7. Sentiu que nas reuniões com os técnicos todas as suas dúvidas eram esclarecidas.				
8. O que lhe foi transmitido ser-lhe-á útil para o futuro enquanto educadora.				
9. Costuma pensar sobre o que foi dito/falado em sessão para a ajudar a resolver problemas com a criança.				

10. Após o processo de intervenção, sente-se mais atenta/o perante assuntos específicos relacionados com o desenvolvimento da criança.				
11. Consegue identificar melhorias no desenvolvimento da criança, como resultado da intervenção. Se sim, quais? _____ _____ _____ _____				
12. Considera que o processo de intervenção foi realmente útil e importante para o desenvolvimento da criança.				
13. Sentiu que havia por parte dos técnicos preocupação em tentar encontrar soluções para que juntos pudessem solucionar um problema.				
14. Sentiu que os técnicos ajudaram a identificar estratégias úteis para estimular e potenciar o desenvolvimento da criança.				
15. Considera que os técnicos tiveram um papel importante na vida da criança.				

Observações

Obrigada pela colaboração!

Anexo J – Adaptação do instrumento “Avaliação da Satisfação e Eficácia do Programa de Formação Parental”: Pais



Avaliação da satisfação da família e eficácia da intervenção

O presente questionário procura averiguar o nível de satisfação da família face à intervenção decorrida. Todas as respostas serão consultadas apenas pela técnica e utilizadas exclusivamente para fins académicos e melhoria da formação profissional da técnica. Para isso, preencha o cabeçalho do questionário e assinale com (X) a opção que se adequa mais a cada questão. No final, existe um espaço de “observações”, destinado a quaisquer comentários ou opiniões que queira deixar à técnica.

Data: __/__/____
Nome da criança: _____
Idade: _____ Género: M __ F __
Preenchido por: Pai __ Mãe __ Ambos __

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
Processo terapêutico				
1. Teve duração adequada de forma a cumprir com os objetivos estipulados.				
2. Sentiu que houve preocupação e organização durante todo o processo terapêutico.				
3. Sentiu que podia expor as suas dúvidas.				
4. Houve preocupação em tentar dar resposta e atender às suas preocupações e questões.				
5. Sentiu-se apoiada/o durante toda a intervenção.				
6. Sentiu que nas reuniões com os técnicos toda a informação lhe era fornecida.				
7. Sentiu que nas reuniões com os técnicos todas as suas dúvidas eram esclarecidas.				
8. O que aprendeu vai ser-lhe útil para o futuro enquanto mãe/pai.				
9. Costuma pensar sobre o que foi dito/falado em sessão para lhe ajudar a resolver problemas com o seu filho				

10. Nota que agora há um esforço em família, para que as coisas com o seu filho corram melhores.				
11. Após o processo terapêutico, sente-se mais atenta/o perante assuntos específicos relacionados com o desenvolvimento do seu filho.				
12. Consegue identificar melhorias no desenvolvimento do seu filho, como resultado da intervenção. Se sim, quais? _____ _____ _____				
13. Considera que o processo terapêutico foi realmente útil e importante para o desenvolvimento da criança.				
14. Sentiu que havia por parte dos técnicos preocupação em tentar encontrar soluções para que juntos pudessem solucionar um problema.				
15. Sentiu que os técnicos ajudaram a identificar estratégias úteis para estimular e potenciar o desenvolvimento do seu filho.				
16. Considera que os técnicos tiveram um papel importante na vida do seu filho				

Observações

Obrigada pela colaboração!

Anexo K – Resumo da Informação para tribunal

A equipa enviou informação para tribunal onde esclareceu que em 13 visitas domiciliárias realizadas, quando estas ocorriam sem aviso prévio a insalubridade da habitação era mais evidente do que nas restantes, mas com o evoluir da intervenção essas fragilidades sofreram ligeiras melhorias. Apresentou-se também o facto de com frequência, as crianças estarem sozinhas em casa, ou ao cuidado da bisavó, que não possui as capacidades necessárias para assegurar os cuidados das 5 crianças. Foi também notório por parte da equipa que com o avançar da intervenção e com o aumento de confiança das crianças com as Técnicas do CAFAP, as crianças foram demonstrando uma carência afetiva bastante acentuada. Relativamente ao desempenho e assiduidade escolar, foram constatadas melhorias na maioria dos menores, embora no caso do filho mais velho as faltas continuassem a ocorrer. A equipa apresentou também a dificuldade da mãe em permanecer no mesmo posto de trabalho, mudando com muita frequência de emprego, dizendo manter-se ocupada durante o dia todo, deixando assim de ter tempo para estar com os filhos. Muitas vezes, quando perguntávamos aos menores e à bisavó onde se encontrava a mãe, os discursos eram contraditórios, sem ser possível compreender, efetivamente, qual o motivo pelo qual a mãe não assegurava algumas atividades da vida diária das crianças, assim como a higiene da habitação e alimentação.

Anexo L – Apresentação: Regulação da Atenção





Em casa ...

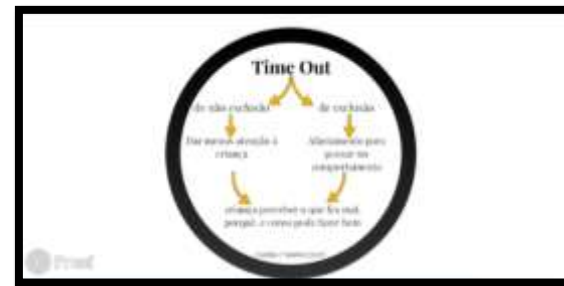
- Estabelecer prioridades
- Concordância entre pais
- Antecipar os problemas
- Práticas de desporto coletivo
- Dar mais tempo
- Menos tempo de ecrã
- Pensar antes de agir
- Calendário de atividades semanais

Na escola/ creche ...

- Próximo da educadora
- Área de trabalho sem distrações
- Lista de tarefas durante atividade
- Distinguir "impulsividade vs. procrastinação"
- Mostrar aos pais as competências
- Evitar atividades em grupos grandes
- Tarefas de sua habilitação e segurança

Em ambos ...


- Rotinas
- Reforço positivo
- Motivação
- Descomplicar tarefas
- Uma tarefa de cada vez
- Regras claras/ expectativa
- Contacto visual direto
- Time out



Decker, R. D. C. (2005). Neuropsicologia e atenção.
Bass, J. L., Bellier, R. R., de Gerecht, P. D., Woods-Peckhich, L., Summers, R., Chaves, C. A., & Longstaffe, S. (2012). Comparison of spatial working memory in children with prenatal alcohol exposure and those diagnosed with ADHD: A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 4, 12.
Carrilho, R. M. (2011). A hiperatividade e dificuldades de atenção. *Revista Psiquiátrica*.
Cunha, A. G., & Santos, H. (2012). A criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: estratégias e ações para educadores. *Psiquiatria: revista do programa de Pós-graduação em Educação-PPSE, UNICAMP*, 14(1), 141-156.
Gioia, G. A., Inghill, P. K., Gay, R. C., & Kernsforth, L. (2002). Test-retest behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychology*, 18(2), 210-216.
James, J. (2012). A importância da atenção. In *Atividade Relatada - Como ensinar a criança a ler*. (pp. 12-14). Lisboa: Clube do Autor.



Anexo M – Curso de Primeiros Socorros Pediátricos

 **INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP**
DELEGAÇÃO REGIONAL DE LISBOA E VALE DO TEJO
CENTRO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE LISBOA
SERVIÇO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE LISBOA

Certificado de Qualificações

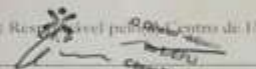
Formação Modular
(Portaria n.º 283/2011, de 24 de outubro)

Certifica-se que **MARIANA BORGES FERNANDES**, natural de Salvaterra de Magos, nascida em 07/08/1995, com o N.º de Cartão de Cidadão 14916535 8ZY4 válido até 30/06/2020, concluiu com aproveitamento, em 31/01/2018, no(a) Centro de Emprego e Formação Profissional de Lisboa, a(s) seguinte(s) unidade(s) de formação de curta duração do Catálogo Nacional de Qualificações, com início em 14/11/2017.

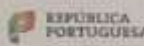
Componente de Formação	Código	Unidades de Formação de Curta Duração	Carga horária
Tecnológica	6570	Abordagem geral de núcleos básicos de primeiros socorros	25

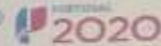

Lisboa, 09 de fevereiro de 2018

O(A) Responsável pelo Centro de Emprego e Formação Profissional de Lisboa


Carlos Teixeira
(Assinatura e selo digitais em anexo)

Certificado n.º 43/2018

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**

Lisboa2020  **PORTUGAL 2020** 

N.º de Cartão de Cidadão 14916535 8ZY4 - Página 1 de 1